

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE  
ET DE PHARMACIE DE NANTES-ANGERS

*Section d'ANGERS*

Année 1970

N° 1

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Serge DAUTAIS

né le 29 Novembre 1942, à NANTES

Présentée et soutenue publiquement, le

13 JAN. 1971

19

ENQUÊTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE SUR LES  
INTOXICATIONS AIGUES DE L'ADULTE

(A propos de 1000 observations relevées au Centre Anti-  
poison d'ANGERS, du 1<sup>er</sup> Janvier 1968 au 1<sup>er</sup> Septembre 1970)

Président : Monsieur le Professeur MÉNARD







FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE  
ET DE PHARMACIE DE NANTES-ANGERS

Section d'ANGERS

Année 1970

N° .....

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Serge DAUTAIS

né le 29 Novembre 1942, à NANTES

Présentée et soutenue publiquement, le

19

ENQUÊTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE SUR LES  
INTOXICATIONS AIGUES DE L'ADULTE

(A propos de 1000 observations relevées au Centre Anti-poison d'ANGERS, du 1<sup>er</sup> Janvier 1968 au 1<sup>er</sup> Septembre 1970)

Président : Monsieur le Professeur MÉNARD



FACULTÉ MIXTE de MÉDECINE et de PHARMACIE d'ANGERS

DOYEN : M. RENIER  
ASSESEUR : M. GERMAIN  
SECRETAIRE : M. MAILLEUX

---

DOYEN Honoraire : M. ROUCHY  
Professeurs Honoraires :  
M. AMSLER  
M. DAVID  
M. ROUSSEAU

---

PROFESSEURS TITULAIRES

MM. COTTIN ..... Chimie Générale  
DELAITRE ..... Clinique Médicale Infantile  
DESJOBERT ..... Pharmacie Chimique  
FRESSINAUD ..... Clinique Médicale B  
GERMAIN ..... Botanique et Cryptogamie  
GOYER ..... Clinique Chirurgicale B  
GUERIN ..... Biophysique Médicale  
GUNTZ ..... Anatomie  
HERISSET ..... Matière Médicale  
HERMANN ..... Clinique Ophtalmologique  
JOLIVET ..... Chimie Analytique  
LAFARGUE ..... Pharmacie Galénique  
MARTIN ..... Pathologie Chirurgicale  
MENARD ..... Hygiène et Médecine Sociale  
NAULLEAU ..... Clinique Chirurgicale A  
OURY ..... Clinique Pneumo-Phtisiologique  
PERREAU ..... Clinique Médicale A  
RENIER ..... Clinique Rhumatologique  
ROUCHY ..... Clinique Gynécologique et Obstétricale  
SIMARD ..... Anatomie Pathologique

PROFESSEUR TITULAIRE A TITRE PERSONNEL

HOCQUET ..... Parasitologie



PROFESSEURS SANS CHAIRE

|     |              |                    |
|-----|--------------|--------------------|
| MM. | PARSY .....  | O.R.L.             |
|     | PERTUS ..... | Urologie           |
|     | ROGNON ..... | Chirurgie Générale |

AGRÉGÉS

|     |                 |            |
|-----|-----------------|------------|
| MM. | GODLEWSKI ..... | Neurologie |
|     | TESTARD .....   | Pédiatrie  |

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS

|     |                          |                              |
|-----|--------------------------|------------------------------|
| MM. | ALLAIN .....             | Pharmacologie                |
|     | AUGEREAU .....           | Pharmacodynamie              |
|     | BONNIOT .....            | Clinique Médicale B          |
|     | CAVELLAT (Mme) .....     | Anesthésie-Réanimation       |
|     | CAVELLAT .....           | Anesthésie-Réanimation       |
|     | CARON .....              | Electroradiologie            |
|     | COULLAUD .....           | Physiologie                  |
|     | EMILE .....              | Neurologie                   |
|     | FRESNEAU .....           | Médecine Interne             |
|     | GIRAULT .....            | Biochimie Médicale           |
|     | GROSIEUX .....           | Gynécologie-Obstétrique      |
|     | HUREZ .....              | Hématologie-Immunologie      |
|     | HUYGHUES-DESPOINTES .... | Biochimie Médicale           |
|     | JOUBAUD .....            | Méd. Gén. et Expérimentale   |
|     | LARGET-PIET .....        | Pédiatrie génétique          |
|     | PILLET .....             | Anatomie                     |
|     | PILLOT .....             | Bactériologie                |
|     | PLANE .....              | Chirurgie Générale           |
|     | PRELOT (Mlle) .....      | Physiologie-Zoologie         |
|     | SCHNITZLER (Mme) .....   | Dermatologie-Vénéréologie    |
|     | QUERO (Mlle) .....       | Microbiologie                |
|     | TADEI .....              | Méd. générale et Cardiologie |

DÉLÉGUÉS DANS LES FONCTIONS DE MAITRES DE CONFÉRENCES

|     |                    |                             |
|-----|--------------------|-----------------------------|
| MM. | LARRA .....        | Histologie                  |
|     | MARTIN FRERE ..... | Chimie Générale et Minérale |
|     | RIBERI .....       | Médecine Interne            |
|     | THUILLIER .....    | Chimie Biologique           |
|     | VALTON .....       | Médecine Légale             |
|     | WARTEL .....       | Psychiatrie                 |

---



A    M E S    P A R E N T S

A    M E S    B E A U X - P A R E N T S

A    M A    F E M M E

A    M E S    E N F A N T S

en témoignage de mon affection



A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur MÉNARD

Professeur dans la chaire d'Hygiène et de Médecine Sociale

Médecin des Hôpitaux

En remerciement pour le très grand  
honneur qu'il nous a fait en accep-  
tant la présidence de cette thèse.  
Qu'il trouve ici l'expression de  
notre profond respect.



A Monsieur le Docteur BONHOMME

Chargé de cours dans la chaire de thérapeutique

Médecin des Hôpitaux

Chef du Service de Réanimation et de Toxicologie clinique

Il fut un Maître bienveillant et  
avisé, qui nous guida au cours  
de notre apprentissage médical  
et notre vie.

Qu'il trouve ici l'expression de  
nos sentiments les plus respec-  
tueux.



A Monsieur le Docteur THUAU

Professeur Agrégé

Qu'il trouve ici l'expression  
de notre considération la plus  
grande et notre profond attachement.



A Monsieur le Docteur ALLAIN

Professeur Agrégé

Biologiste des Hôpitaux

Il nous fit l'honneur d'être l'un  
de nos juges. Nous lui exprimons  
avec respect nos plus vifs remer-  
ciements.



A Monsieur le Docteur HECK

Membre de la Société Française de Cardiologie

Médecin des Hôpitaux

Il a été notre premier Maître  
en Médecine.

Qu'il trouve ici l'expression  
de notre profond respect.



A l'Equipe Médicale  
du Centre de Réanimation et Centre Anti-Poison

Monsieur le Docteur ACHARD  
Assistant-Chef de Clinique

Monsieur le Docteur ALQUIER



Par délibération en date du 28 Janvier 1966,  
la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les  
dissertations qui lui seront présentées doivent être  
considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle  
n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation.

---



# LES INTOXICATIONS AIGUES DE L'ADULTE

## INTRODUCTION

### PREMIÈRE PARTIE

#### LES INTOXICATIONS AIGUES VOLONTAIRES (par tentative de suicide)

## INTRODUCTION

### L'INTOXIQUÉ

1

- Sexe
- Situation matrimoniale
- Habitat
- Age
- Profession

### DÉTERMINISME DE L'INTOXICATION

7

#### A - Facteurs de facilitation

- 1) Facteurs individuels
- 2) Facteurs familiaux
- 3) Contexte social

#### B - Facteurs déclenchants

- 1) Terrain
- 2) Mobile déclenchant

### RÉALISATION DE L'INTOXICATION

24

#### A - Epoque et moment

#### B - Transfert

#### C - Environnement

#### D - Toxique

## EVOLUTION

38

#### A - Décès

#### B - Durée du séjour - Modes de sortie

#### C - Récidives



|                                                           |
|-----------------------------------------------------------|
| DEUXIÈME PARTIE<br>LES INTOXICATIONS AIGUES ACCIDENTELLES |
|-----------------------------------------------------------|

INTRODUCTION

INTOXICATIONS NON MÉDICAMENTEUSES

47

- Intoxications aux gaz domestiques et au CO
- Intoxications alimentaires
- Intoxications éthyliques aiguës
- Intoxications par produits agricoles
- Intoxications par produits ménagers
- Intoxications par d'autres produits chimiques

INTOXICATIONS MÉDICAMENTEUSES

55

- Intoxications par surdosage (méprise de l'intoxiqué)
- Intolérances médicamenteuses
- Accidents allergiques
- Intoxications iatrogéniques

RÉSUMÉ DE L'ENQUÊTE

60

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

---



## INTRODUCTION

La fréquence croissante des intoxications est un fait médico-social mondialement connu et souligné. Une statistique précise est difficile à établir en raison du nombre de cas qui ne peuvent pas être recensés en raison de circonstances particulières (tentatives de suicides, accidents thérapeutiques, non hospitalisés et non déclarés). La multiplicité des études épidémiologiques par les différents Centres anti-poison que l'on voit naître et qui forment maintenant un réseau couvrant les régions françaises, devrait permettre, tout au moins sur le plan national, de meilleures statistiques. Le but de notre thèse est justement d'aider à la connaissance étiologique des diverses intoxications.

La gravité des intoxications aiguës est encore actuellement déterminée par le taux de mortalité. Ainsi, en 1963, l'I.N.S.E.E. relevait 2444 décès par intoxications aiguës, dont 1443 accidentelles, 986 suicides et 15 homicides. La morbidité évaluée à 50.000 intoxications aiguës graves est certainement au-dessous de la réalité selon une appréciation de la clinique toxicologique de l'hôpital Fernand Widal de 1969.

La prévention de ces intoxications et de leurs complications nécessite une enquête épidémiologique fondée sur l'étude des faits associés à l'intoxication. Pour cela est nécessaire la détermination d'un nombre d'événements de caractère donné survenant dans une tranche particulière de la population; mais aussi le moment et les modalités de survenue. L'analyse épidémiologique permet d'assimiler l'intoxication à une maladie avec ses caractères étiologiques, cliniques, et évolutifs.

### **\*\* L'enquête étiologique analyse :**

- la personnalité civile de l'intoxiqué,
- le déterminisme de l'intoxication,
- les circonstances de réalisation.

### **\*\* L'enquête clinique expose les différents aspects symptomatiques et la thérapeutique qu'elle entraîne selon la nature de l'intoxication.**

### **\*\* L'aspect évolutif envisage la mortalité et la morbidité, prévalant ainsi à la diminution de la fréquence des intoxications ou de leurs récidives, par la prévention et le traitement. Cet aspect prophylactique est le trait d'union entre l'activité d'un centre de réanimation médicale et de toxicologie, tel qu'il est réalisé actuellement dans le service du Pr. R. BONHOMME au C.H.U. d'ANGERS.**



On peut définir l'intoxication aiguë comme une agression par intronisation dans l'organisme d'une ou plusieurs substances ou gaz. Elle peut être volontaire ou accidentelle. Nous analyserons ces intoxications aiguës sous deux rubriques selon leur mobile :

- \* d'une part les Intoxications volontaires aiguës par tentative de suicide que nous appellerons indifféremment intoxication volontaire, acte suicidaire, ou par abréviation T.S. (tentative de suicide), I.V. (intoxication volontaire).
- \* d'autre part les Intoxications accidentelles aiguës involontaires par excellence (intoxications professionnelles, alimentaires, ménagères et autres).

Dans ce chapitre nous envisagerons à part :

- les intoxications d'origine médicamenteuse
  - accidentelles (erreur, méprise, accident thérapeutique),
  - volontaires sans conduite suicidaire (ce cadre nosologique étant une frontière avec les T.S. pour certains cas, nous en préciserons ultérieurement les caractéristiques.

Cette enquête épidémiologique est réalisée à partir de 1010 observations d'intoxications aiguës de l'adulte (âge considéré à partir de 15 ans) colligées dans le Centre anti-poison de l'hôpital d'Angers (et Service de Réanimation Médicale - Pr. R. BONHOMME) sur la période du 1er janvier 1968 au 1er Septembre 1970. Un fructueux stage interné dans ce service pendant une année (Octobre 1968-Octobre 1969) nous a incité à réaliser cette thèse en raison de la fréquence des intoxications aiguës par rapport aux autres causes d'admission pendant la même période.

Sur un plan statistique global, pendant les 32 mois d'observations, nous avons dénombré 1390 intoxications.

|                              |   |                     |
|------------------------------|---|---------------------|
| admissions toutes étiologies | = | 4110                |
| intoxications aiguës         | = | 1390                |
| "        adulte :            |   | 966 volontaires     |
|                              |   | : 144 accidentelles |
| "        enfant :            | = | 280                 |

En pourcentage les Intoxications aiguës chez l'adulte représentent 73 % de toutes les intoxications et 24 % du nombre total d'admissions (adultes et enfants).

---



P R E M I È R E      P A R T I E

LES INTOXICATIONS AIGUES VOLONTAIRES



La mortalité par suicide est en progression constante. Pour l'EUROPE, l'Organisation Mondiale de la Santé l'évalue à 18 pour 100.000 habitants. En FRANCE pour 500.000 décès en 1968 (selon l'I.N.S.E.E.), 8000 concernaient les suicides, principalement chez les hommes, en progression sur les résultats de 1963 : 7000 décès par suicide dont 1000 (14 %) par intoxications. Cette faible proportion de suicides par intoxications aiguës est :

- en partie liée à une survie supérieure aux suicides par moyens brutaux (pendaison, noyade, révolvérisation, défenestration, incinération,...), la réanimation d'intoxications étant plus efficace;
- en partie au grand nombre de suicidants agissant par risque calculé, sans désirer réellement une issue fatale.

Afin d'appliquer une prophylaxie efficace, il convient de cerner la personnalité civile de l'intoxiqué, de déterminer les facteurs susceptibles de le prédisposer à l'acte, le mobile déclenchant, et d'envisager le devenir du suicidant.

Nous avons relevé de janvier 1968 à août 1970 inclus, 866 admissions au Centre anti-poison pour tentative de suicide par intoxication, chez les adultes de plus de quinze années d'âge, soit la majorité (85 %) de toutes intoxications de l'adulte (1011). Pour l'ensemble des admissions, quelle que soit l'étiologie, pendant la même période, on relève 1 intoxication volontaire pour 5 admissions.

#### I - L'INTOXIQUÉ

- Etat-Civil

#### II - DÉTERMINISME DE L'INTOXICATION

- Facteurs de facilitation
- Facteurs déclenchants

#### III - RÉALISATION DE L'INTOXICATION

- Epoque et moment
- Modes de transfert
- Nature du toxique

#### IV - EVOLUTION

- Mortalité
  - Modes de sortie
  - Récidives
-



# CHAPITRE PREMIER

## L ' I N T O X I Q U É

Pendant la période d'observation, notre population de suicidants intoxiqués, s'est élevée à 820 individus pour 866 intoxications volontaires.

Nous avons relevé numériquement les différents facteurs de l'état civil du sujet, en les comparant à quelques autres statistiques.

### 1) Sexe

Avec 589 femmes et 231 hommes, la prépondérance féminine (rapport  $\frac{F}{H} = 2,6$ ) est sensiblement identique aux statistiques de VEDRINNE au centre toxique de Lyon ( $\frac{F}{H} = 2,8$ ) et de SCRIBE au centre de réanimation d'Amiens ( $\frac{F}{H} = 3$ ).

Il existe une inversion de ce rapport ( $\frac{F}{H} = 0,4$ ) dans les statistiques françaises concernant les suicides en 1968 (selon l'I.N.S.E.E.). Pour certains, l'homme réussirait mieux son suicide, la femme réalisant beaucoup plus de tentatives de suicide.

| Sexe  | Mariés |      | Célibataires |      | Veufs |     | Divorcés<br>Séparés | Total |
|-------|--------|------|--------------|------|-------|-----|---------------------|-------|
|       | nbre   | %    | nbre         | %    | nbre  | %   | nbre %              |       |
| F     | 298    | 50 ♀ | 251          | 42 ♀ | 19    | 3 ♀ | 21 3,5 ♀            | 589   |
| H     | 122    | 53 ♂ | 90           | 40 ♂ | 4     | 1 ♂ | 15 2 ♂              | 231   |
| F + H | 420    | 51   | 341          | 41   | 23    | 3   | 36 5                | 820   |



| AGE     | HOMMES |        |       | FEMMES |        |       | H + F |
|---------|--------|--------|-------|--------|--------|-------|-------|
| (ans)   | marié  | célib. | Total | mariée | célib. | Total |       |
| 15 à 19 | 2      | 41     | 43    | 12     | 165    | 177   | 220   |
| 20 à 24 | 17     | 28     | 45    | 66     | 55     | 121   | 166   |
| 25 à 29 | 21     | 11     | 32    | 45     | 13     | 58    | 90    |
| 15 à 29 | 40     | 80     | 120   | 123    | 233    | 356   | 476   |

## II - SITUATION MATRIMONIALE AVANT 30 ANS

### 2) Situation matrimoniale

- *Les intoxiqués mariés* représentent 50 % de nos suicidants, proportion confirmant celle des autres statistiques (47 % pour VEDRINNE, 51 % pour SCRIBE). Par contre la proportion entre les deux sexes ( $\frac{F}{H} = 2,5$ ) leur est légèrement inférieure (2,7 pour VEDRINNE,  $\frac{H}{3}$  pour SCRIBE).

En fonction de l'âge, la transition entre les intoxiqués mariés et célibataires, se fait précocement chez la femme (à partir de 20 ans), plus tardivement chez les hommes (à partir de 25 ans).

- *Les intoxiqués célibataires* ont moins de 20 ans pour 62 % d'entre eux, avec une prédominance féminine considérable ( $\frac{F}{H} = 4$ ). Cette proportion de célibataires s'égalise entre 25 et 30 ans ( $\frac{F}{H} = 1$ ) traduisant la prédominance masculine.

- *Pour les veufs*, la fréquence des suicidants est comparable à celle de VEDRINNE à Lyon (3 % des intoxiqués) avec une nette prédominance féminine dans notre statistique ( $\frac{F}{H} = 4,8$ ).

- *Les Divorcés et Séparés* représentent 5 % de nos cas, avec une majorité relative d'hommes ( $\frac{F}{H} = 1,4$ ) propre à notre relevé.

### 3) Habitat

\* Comme dans les autres statistiques, une forte prépondérance urbaine est retrouvée : 60 % pour Angers et sa périphérie. Ensuite, nous relevons 34 % pour l'habitat rural, 5 % pour deux Sous-préfectures du département (Cholet et Saumur). Nous y inclurons une quinzaine d'intoxiqués venant de centres hospitaliers de départements limitrophes, intoxications adressées au centre anti-poison d'Angers en raison de leur gravité.



\* Cependant notre statistique ne reflète pas exactement l'aspect global des intoxications au niveau du département, un certain nombre étant hospitalisé directement en milieu psychiatrique, ou en hôpital rural. Dans ce cas, seules, les intoxications revêtant un aspect particulièrement grave nous ont été adressées.

| HABITAT       | HOMMES |        |       | FEMMES |        |       | H + F   |
|---------------|--------|--------|-------|--------|--------|-------|---------|
|               | marié  | célib. | Total | marié  | célib. | Total | Total % |
| Préfecture    | 88     | 48     | 136   | 203    | 150    | 353   | 489 60  |
| S/Préfectures | 5      | 3      | 8     | 18     | 16     | 34    | 42 5    |
| H. rural      | 40     | 42     | 82    | 119    | 78     | 197   | 279 34  |
| Autres C.H.R. | 3      | 1      | 4     | 5      | 1      | 6     | 10 1    |

#### IV - HABITAT - SEXE - ETAT-CIVIL

\* En fonction des admissions du service, la répartition géographique selon la situation matrimoniale et le sexe des intoxiqués volontaires, est la suivante :

- Le % de ruraux et de citadins est le même dans chaque sexe.
- Le % de citadins mariés est supérieur à celui des femmes (65 % des I. hommes contre 58 % des I. femmes)
- Par contre chez les hommes d'habitat rural, le nombre des I. mariés et célibataires est identique, alors que les I. mariées sont plus nombreuses.

#### 4) Age

La majorité de nos suicidants a moins de 35 ans (68 %) Un intoxiqué sur deux a moins de 26 ans et 27 % sont retrouvés de 15 à 20 ans; (donc caractère essentiellement jeune de nos intoxiqués, la majeure partie habitant la zone urbaine d'Angers). Une enquête récente réalisée par la D.A.T.A.R. (Délégation à l'Aménagement du Territoire et à l'Action Régionale) apprécie à 60 % le nombre d'Angévins de moins de 37 ans. Le tableau n° IV résume les différentes catégories d'âge globalement et selon le sexe.

Par tranche d'âge la fréquence des intoxications semble décroître :

|                  |       |
|------------------|-------|
| de 15 à 24 ans : | 47 %  |
| 25 à 34 ans :    | 21 %  |
| 35 à 44 ans :    | 15 %  |
| 45 à 54 ans :    | 9 %   |
| 55 à 65 ans :    | 4,5 % |
| 65 et plus :     | 3,5 % |



| AGE<br>(5 ans) | HOMME |      | FEMME |     | (H + F) |       |
|----------------|-------|------|-------|-----|---------|-------|
|                | nbre  | % ♂  | nbre  | % ♀ | nbre    | % ♂+♀ |
| 15-19          | 43    | 18,5 | 178   | 30  | 221     | 27    |
| 20-24          | 45    | 19   | 121   | 20  | 166     | 20    |
| 25-29          | 32    | 14   | 58    | 9,8 | 90      | 11    |
| 30-34          | 22    | 9,5  | 60    | 10  | 82      | 10    |
| 35-39          | 18    | 7,8  | 47    | 7,9 | 65      | 8     |
| 40-44          | 17    | 7,4  | 37    | 6,2 | 54      | 6,5   |
| 45-49          | 16    | 7    | 30    | 5   | 46      | 5,5   |
| 50-54          | 10    | 4,3  | 16    | 2,7 | 26      | 3,2   |
| 55-59          | 9     | 3,9  | 13    | 2,2 | 22      | 2,7   |
| 60-64          | 6     | 2,6  | 11    | 1,9 | 17      | 2     |
| 65-69          | 5     | 2,2  | 10    | 1,7 | 15      | 1,8   |
| 70 et +        | 8     | 3,5  | 8     | 1,3 | 16      | 1,9   |

Répartition de l'âge par tranches de 5 ans, selon le sexe

\* Chez les hommes

La plupart des T.S. s'étaient de 15 à 30 ans (50 %), par paliers successifs de 5 ans à partir de 25 ans. Nous ne retrouvons pas le décalage noté par VEDRINNE entre 20 et 25 ans qui pourrait être lié, selon lui, au Service Militaire. Notons cependant que notre statistique comporte 4,3 % d'incorporés de 20 à 25 ans.

Ensuite, la fréquence par groupe d'années est sensiblement identique :

- de 35 à 50 ans = 7 % (par 5 ans)
- de 50 à 60 ans = 3 % " " "
- 60 ans et plus = 2 % " " "

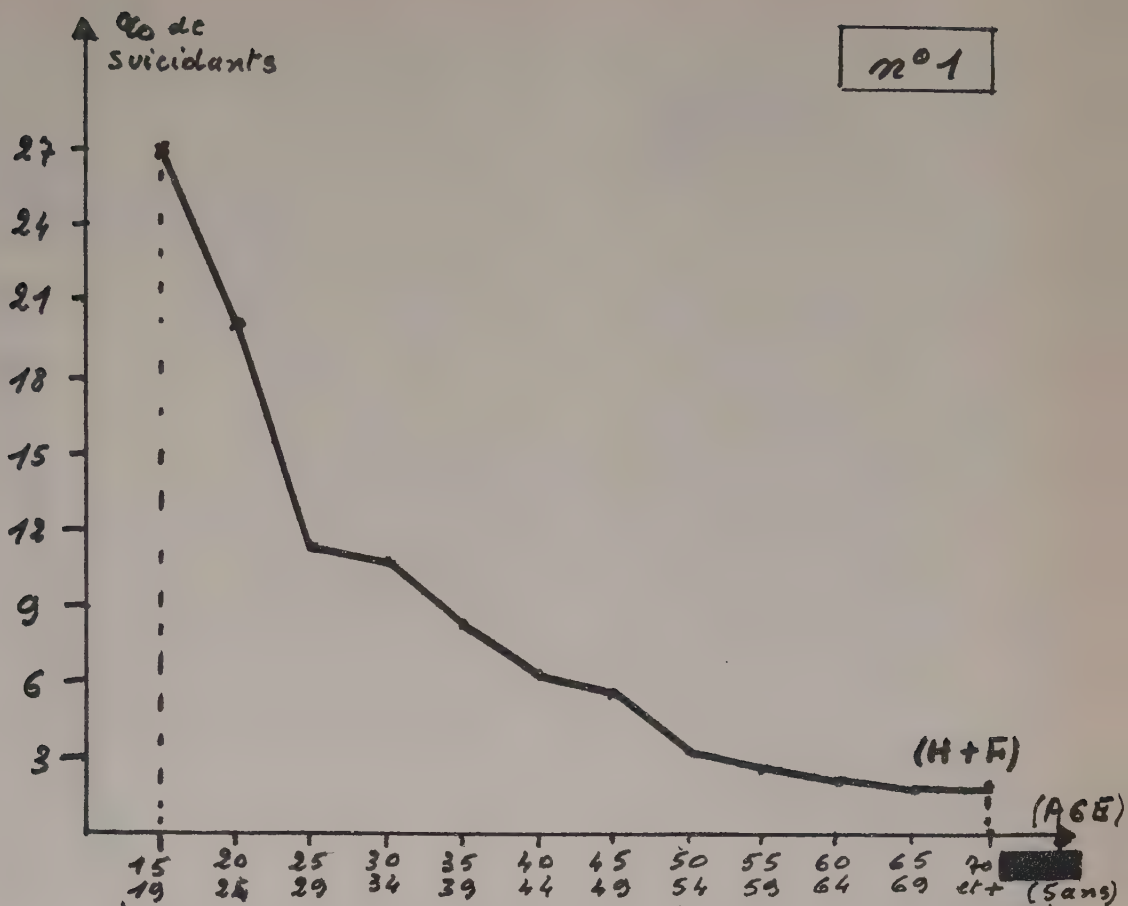
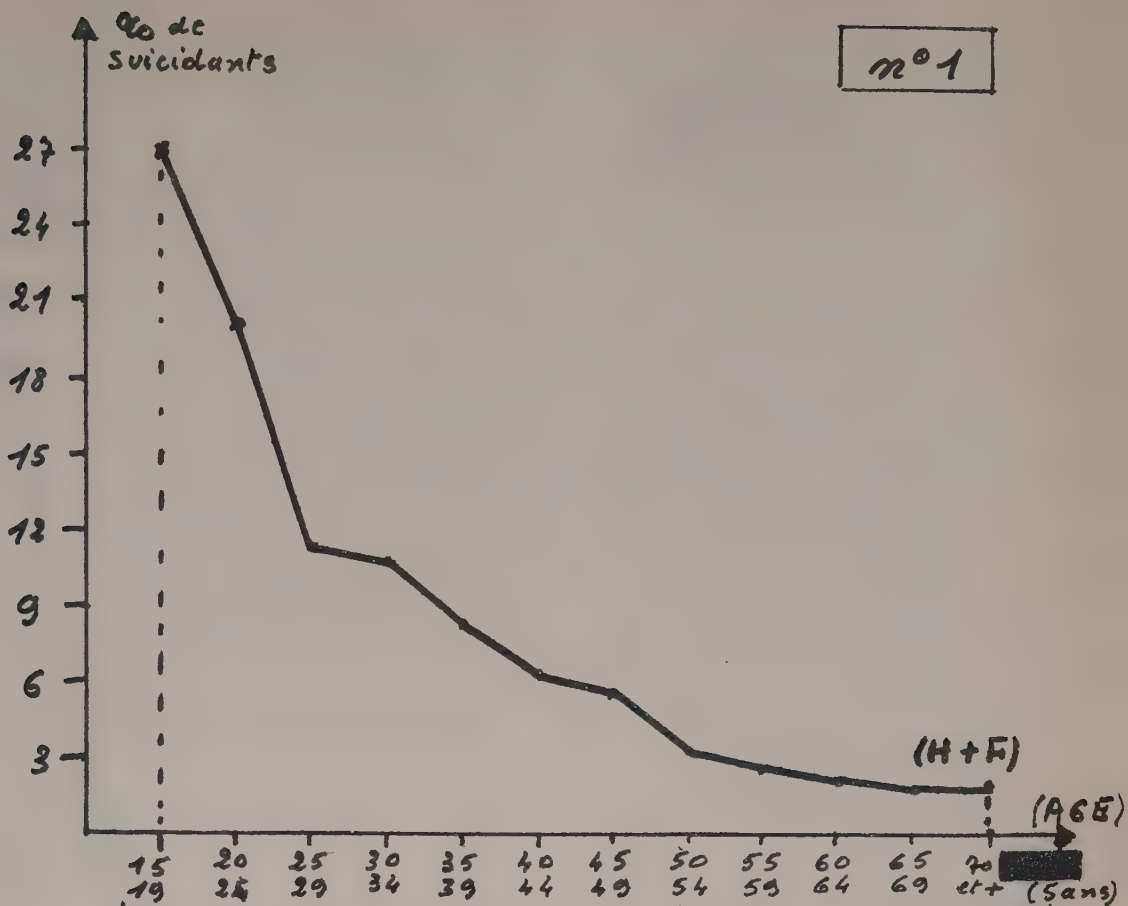
Plusieurs intoxiqués avaient dépassé les 75 ans et même les 80 ans. Ils étaient tous veufs ou en maison de retraite, ou sans famille proche.

\* Chez les femmes

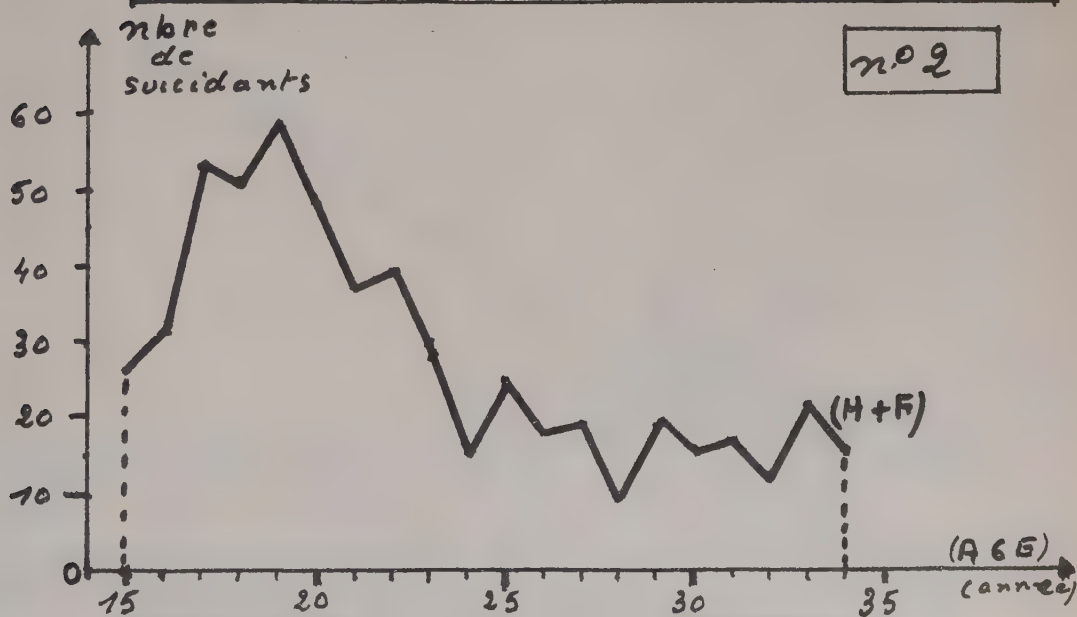
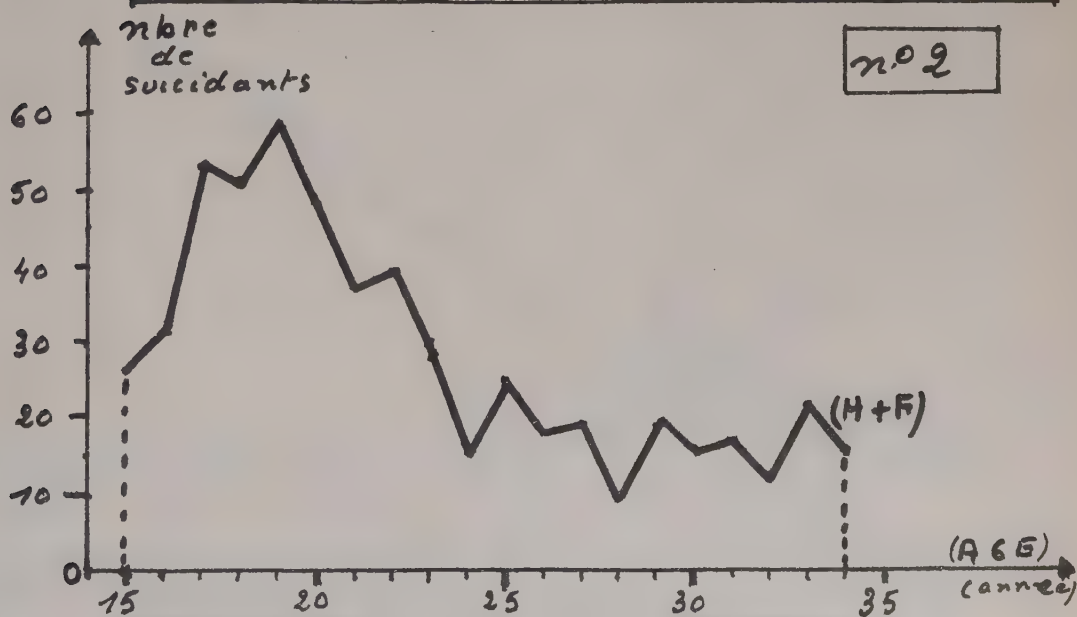
- La prédominance est très nette avant 25 ans (50 %), principalement avant 20 ans (30 %).

- A partir de 25 ans il existe un décalage très important, puis une décroissance modérée par paliers réguliers :





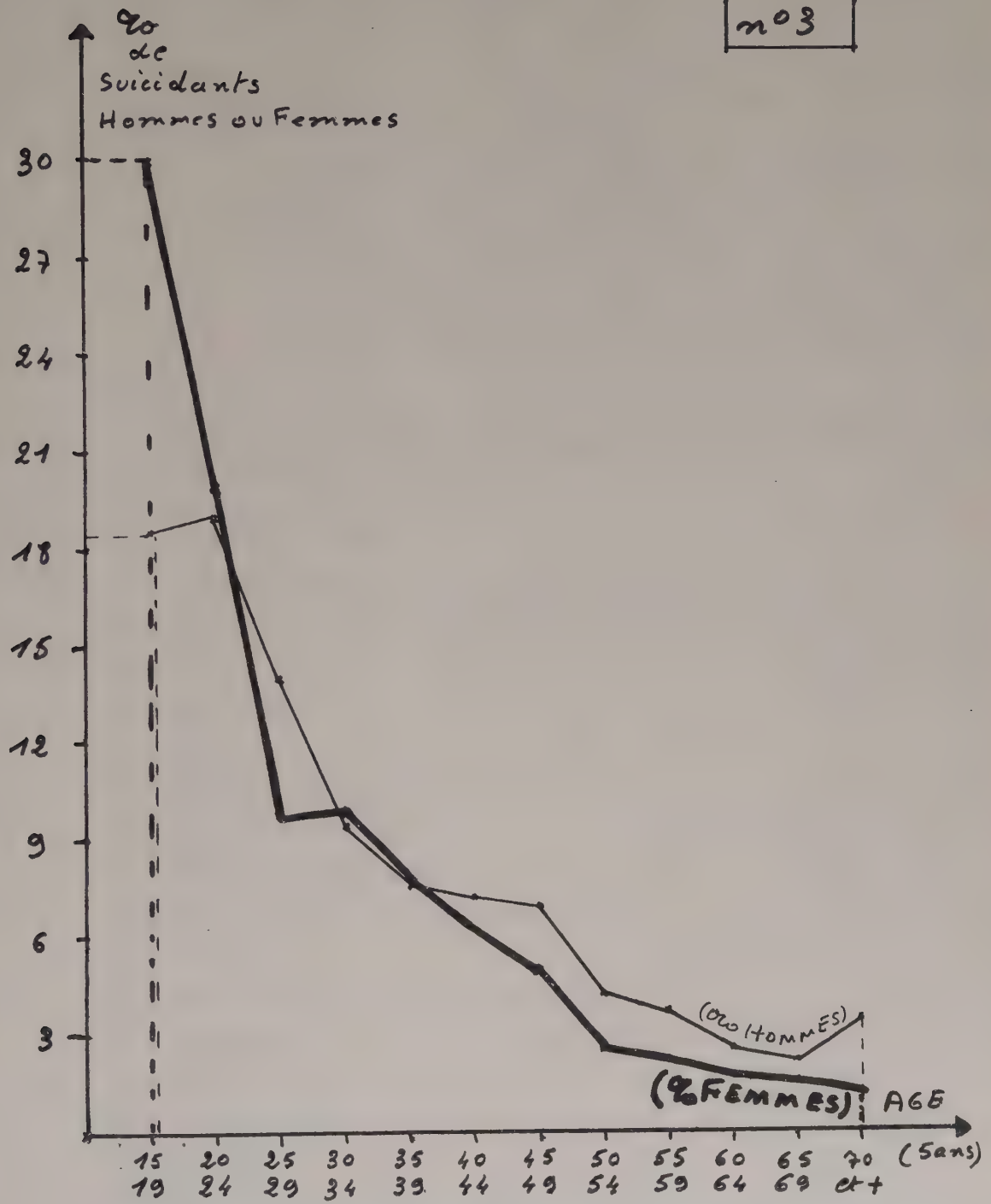
Fréquence % de Suicidants par années



Nombre de suicidants par année d'âge avant 35 ans



no 3



Répartition des suicidants Hommes et Femmes dans chaque sexe, par 5 années d'âge.



|                  |   |     |             |
|------------------|---|-----|-------------|
| - de 25 à 40 ans | = | 9 % | (par 5 ans) |
| - de 40 à 50 ans | = | 5 % | " " "       |
| - de 50 à 70 ans | = | 2 % | " " "       |

\* En résumé les caractères selon l'âge, propres à chaque sexe, sont dans notre statistique :

- une décroissance régulière avec un léger décalage à partir de 30 ans chez les hommes,
- un décalage net à partir de 25 ans chez la femme puis une décroissance par palier,
- le pourcentage de femmes est supérieur à celui des hommes jusqu'à 25 ans, puis inférieur à partir de 25 ans, de façon générale pour nos T.S.

*Les graphiques n° 1, 2 et 3 analysent la répartition des intorxiqués par année d'âge ou par tranches de 5 années, en fonction du sexe pour le graphique n° 3.*

#### 5) Professions

| V - CATÉGORIES SOCIO-PROFESSIONNELLES |      |           |
|---------------------------------------|------|-----------|
|                                       | nbre | % relatif |
| Etudiants                             | 82   | 25        |
| Ouvriers                              | 62   | 20        |
| Employés de commerce                  | 26   | 8,5       |
| Employés de maison                    | 24   | 8         |
| Employés de bureau                    | 24   | 8         |
| Services Médicaux-Sociaux             | 17   | 5,5       |
| Artisans                              | 16   | 5,5       |
| Cadres administratifs moyens          | 10   | 3         |
| Enseignants                           | 9    | 3         |
| Agriculteurs                          | 9    | 3         |
| P. Libérales                          | 9    | 3         |
| Apprentis                             | 7    | 2         |
| Manoeuvres                            | 6    | 2         |

Nous les avons répertoriées dans le Tableau V, selon les catégories socio-professionnelles les plus souvent retrouvées dans notre statistique. Parmi les catégories les plus



représentées, citons, en fonction des observations répertoriées :

- les étudiants (27 %). Parmi ceux-ci il y avait 60 scolaires ou bacheliers. Cette forte proportion est en rapport avec la majorité de jeunes intoxiqués;
  - les ouvriers (21 %) dont le tiers, principalement de sexe féminin, accomplissait un "travail à la chaîne" dans les grands complexes industriels angevins;
  - parmi les autres groupes nous avons relevé plus particulièrement la fréquence des catégories d'employés de maison, de bureau, de commerce (notamment 7 cas d'employés dans un café) et la catégorie médico-sociale (avec 10 cas d'auxiliaires médicales).
-



## CHAPITRE DEUXIÈME

### DÉTERMINISME DE L'INTOXICATION

*La conduite suicidaire est le plus souvent un syndrome révélateur de l'affection psychosomatique en cause. La tentative de suicide peut être facilitée par le conditionnement antérieur de l'intoxiqué, pour aboutir à la réalisation de l'acte à l'occasion d'un stress (facteur déclenchant).*

#### I - FACTEURS DE FACILITATION

##### *I - Facteurs individuels*

- 1) Antécédents somatiques*
- 2) Antécédents psychiatriques*

##### *II - Facteurs familiaux*

- Fratrie*
- Parents*
- Conjoint*
- Enfants*

##### *III - Facteurs sociaux*

#### II - FACTEURS DÉCLENCHANTS

##### *Terrain au moment de l'acte*

- Ethylisme chronique*
- Grossesse*

##### *Mobile déclenchant*

---



## I - FACTEURS DE FACILITATION

Les facteurs de facilitation de l'Intoxication volontaire aiguë se rapportent à la sommation autobiographique de "stress" anciens ou récents, d'étiologie individuelle, familiale ou sociale, rapportés à notre relevé statistique. Sans vouloir établir à tout prix une relation de cause à effet entre les antécédents du suicidant et sa conduite suicidaire, nous avons répertorié les facteurs individuels, familiaux et sociaux ayant pu conditionner une pulsion suicidaire.

### I Facteurs individuels

Par leur fréquence retrouvée, les antécédents psychomatiques semblent conditionner partiellement l'état mental du suicidant dans la genèse de son acte. Peut être ces perturbations organiques ou mentales, diminuent-elles le seuil de réactivité du futur suicidant pour aboutir à l'acte au décours d'un stress déclenchant souvent minime.

#### 1) Antécédents somatiques

"Mens sana in sano corpore" : cet axiome traduit la réalité fréquente des affections organiques chez nos suicidants : soit 36 % des observations (seule, l'affection principale a été notée). Le tableau suivant résume les principales étiologies retrouvées.

| Antécédents somatiques        | nbre | % suicidants |
|-------------------------------|------|--------------|
| A. gynéco-obstétricaux        | 110  | 13           |
| A. neurologiques              | 66   | 8            |
| A. pulmonaires                | 42   | 5            |
| A. digestifs                  | 34   | 4            |
| A. nutritionnels-endocriniens | 22   | 2,7          |
| A. cardio-circulatoires       | 12   | 1,4          |
| A. urologiques                | 6    | 0,7          |
| A. divers                     | 10   | 1,2          |



a) Antécédents gynécologiques et obstétricaux

Les plus fréquents des antécédents somatiques, ils sont relevés chez 18 % de nos suicidantes. Les différentes étiologies sont résumées dans le tableau suivant selon leur caractère ancien ou récent (inférieur à 2 ans).

| ETIOLOGIE        | A.anciens | A.récents | TOTAL |
|------------------|-----------|-----------|-------|
| Dysmenhorrée     | 45        | 8         | 53    |
| Hystérectomie    | 13        | 2         | 15    |
| Castration       | 6         | 4         | 10    |
| Césarienne       | 9         | 3         | 12    |
| Stérilité        | -         | -         | 6     |
| Placenta praevia | 4         | 1         | 5     |
| K utérins        | 2         | 2         | 4     |
| Divers           | 2         | 2         | 4     |

Les dysmenhorrées semblent un terrain propice chez nos suicidantes (8 % des intoxiquées) principalement avant trente ans (46 cas sur 53).

Le contexte chirurgical nous semble important à retenir avec une proportion de 7 % des intoxiquées, principalement les mutilations (hystérectomie, castration ovarienne, soit 25 cas).

Le caractère récent de l'affection (< 2 ans) est retrouvé une fois sur cinq.

Parmi les antécédents divers, citons :

- trois rétentions placentaires,
- une embolie pulmonaire récente du post-partum,
- un hématecolpos opéré récemment.

b) Antécédents neurologiques

Deuxième affection somatique, ils sont retrouvés chez 8 % de nos intoxiqués volontaires, en prédominance relative masculine ( $\frac{F}{H} = 1,4$  contre 2,6 pour l'ensemble des intoxiqués). Le tableau H suivant résume les principales étiologies, selon leur caractère ancien ou récent (< 2 ans) et le sexe (rapport  $\frac{F}{H}$ ).

| ETIOLOGIE        | A.anciens | A.récents | TOTAL | F/H |
|------------------|-----------|-----------|-------|-----|
| Epilepsie        | 39        | 6         | 45    | 1,5 |
| Trauma. crâniens | -         | 9         | 9     | 1,2 |
| A.méningés       | 2         | 4         | 6     | 0,5 |
| Divers           | 1         | 5         | 6     | 2,5 |



L'épilepsie est l'antécédent neurologique majeur retrouvé chez 5,5 % de nos suicidants, à prédominance masculine.

- Elle est secondaire, une fois sur dix, à un traumatisme crânien, et a été découverte, en majorité, depuis plus de deux ans.
- En fonction de l'âge, nous l'avons retrouvée principalement avant 22 ans (7 fois sur 10) puis chez l'homme de la quarantaine, éthylique par surcroît.

Les traumatismes crâniens récents touchent 1 % des intoxiqués, sans prédilection sur le sexe, et tous avant l'âge de trente ans. (Seuls les traumatismes crâniens récents avec perte de connaissance ont été relevés).

Les affections méningées sont surtout récentes (4 cas sur 6) se répartissant ainsi :

- Méningite ancienne : 2
- Méningite purulente récente : 1
- Méningite virale récente : 1
- Hémorragie méningée : 2

D'autres étiologies isolées ont été relevées, presque toutes récentes (inférieures à 2 ans).

- Hémiplégie
- Maladie de Parkinson
- Paraplégie par "sclérose en plaques"
- Métastases cérébrales d'un K utérin
- Zona costal ancien
- Zona facial récent

### c) Antécédents pulmonaires

En troisième position dans les antécédents somatiques avec 5 % des intoxiqués, les affections pulmonaires sont l'apanage de nos suicidants ( $\frac{F}{H} = 0,3$  contre 2,6 pour tous les intoxiqués).

| ETIOLOGIE     | A.anciens | A.récents | F/H |
|---------------|-----------|-----------|-----|
| A.Bacillaires | 18        | 5         | 0,7 |
| Asthme        | 12        | 1         | 0,6 |
| Divers        | 6         | -         | 0,1 |

- La tuberculose pulmonaire était récente ( $< 2$  ans) pour 5 cas.
- L'asthme est retrouvé essentiellement avant trente ans (10 cas sur 13).



Les autres affections relevées étaient après 40 ans :

- silicose : 1
- D D B : 1
- Insuffisance respiratoire chronique

d) Antécédents digestifs

Retrouvés avant l'âge de trente ans (8 fois sur 10), ils touchent 4 % de nos suicidants.

| ETIOLOGIE              | A.anciens | A.récents | F/H |
|------------------------|-----------|-----------|-----|
| Gastrectomie           | 4         | -         | 0,1 |
| Cholecystectomie       | 8         | 2         | 9   |
| Ulcus gastro-duodéal   | 6         | 1         | 0,1 |
| Hernie hiatale         | 4         | 3         | 7   |
| Hépatites infectieuses | -         | 3         | 2   |
| Divers                 | 1         | 2         | 0,1 |

- Un acte chirurgical est retrouvé chez 2 % des intoxiqués pour une affection des voies digestives, en particulier des interventions pour :
  - pancréatite chronique
  - K œsophagien récent (< 1 an)
  - sténose antrale après ingestion volontaire récente (< 2 ans) de caustique.
- Un caractère récent est relevé dans le tiers des antécédents digestifs.
- Selon le sexe, une étiologie ou l'autre prédomine :
  - Hommes : ulcère ou gastrectomie (11 cas sur 15).
  - Femmes : hernie hiatale ou cholécystectomie (17 cas sur 19).

e) Antécédents endocrinologiques et nutritionnels

Avec 22 observations, ils représentent 2,7 % des intoxiqués, principalement les femmes (20 cas). Les étiologies étaient les suivantes :

- Obésité franche : 10 cas retrouvés chez les femmes de moins de trente ans.
- Diabète traité par insuline : 2.
- Affections thyroïdiennes : 6.
  - goitre nodulaire : 3
  - goitre myxoedémateux : 1
  - hyperthyroïdie : 1
  - thyroïdectomie : 1
  - indéterminé : 1



f) Antécédents cardio-circulatoires

Tous observés après l'âge de 40 ans, ils relèvent d'étiologies diverses :

- R A A : 3
- Insuffisance cardiaque : 2
- Troubles du rythme : 2
- Amputation récente pour artérite : 1
- "Stripping" récent : 1
- Infarctus du myocarde : 1

g) Antécédents divers

Antécédents néphro-urologiques : 6

- Néphrectomie : 2
- Diabète rénal : 1
- Seminome : 1
- Castration unilatérale : 1
- Malformation rénale opérée : 1

Antécédents ostéo-articulaires : 4

- Luxation congénitale de hanche (opérées : 2)
- Hernie discale (opérée)
- Ostéomyélite chronique

Antécédents divers :

- Cécité congénitale : 1
- K du sein opéré : 2
- Pytiriasis Versicolor, psoriasis, lupus facial : 3

En résumé, 36 % de nos intoxiqués avaient des antécédents somatiques notables, avec une prédominance dans chaque sexe en fonction de l'étiologie :

- chez la femme : importance des antécédents gynéco-obstétricaux, endocrinologiques et nutritionnels;
- chez l'homme : prédominance des affections neurologiques et pulmonaires.

Le caractère récent de l'affection (< 2 ans) est relevé dans 30 % des antécédents somatiques, et une intervention chirurgicale dans 20 %.

Dans nos observations le nombre de maladies graves ou incurables est très faible, représentant avec les cancers et l'infarctus du myocarde, une dizaine d'observations seulement.

Voici quelques observations pour émailler notre statistique :



Michel, 17 ans - Hospitalisé en janvier 1968 pour troubles du comportement dans un Centre psychiatrique. Admission au Centre anti-poison en Août 1968 pour intoxication volontaire. Revient en novembre 1968 pour troubles psychiques et syndrome méningé. Après différents examens, découverte d'une hémorragie méningée par malformation vasculaire cérébrale, opérée à Rennes en Décembre 1968.

Christine, 16 ans, célibataire - Intervention en 1968 pour hémato-colpos. Intoxication volontaire 8 mois plus tard à l'occasion d'un retard de règles de 1 mois (absence de grossesse à l'examen).

Lucette, 23 ans, mariée, sans enfant - Ovariectomie pour kyste à 16 ans, puis à 21 ans après son mariage, pour hémorragies (hystérectomie subtotale associée). IV pour stérilité et conflit conjugal.

Marc, 22 ans, célibataire - Ablation d'un testicule (cryptorchidie). IV ayant peur d'être stérile. Mise en place d'une plastie testiculaire. Deuxième T.S. pour la même raison. Récidivera encore une fois.

Jacques, 15 ans, lycéen - Intervention en Novembre 1968 pour malformation artérielle rénale. IV en Juin 1969, car il doit redoubler sa classe à la suite d'un retard scolaire dû à l'intervention, malgré ses résultats satisfaisants.

Henriette, 38 ans, mariée - Maladie de Cushing traitée depuis 15 ans. Syndrome dépressif avec délire de persécution depuis plusieurs mois. IV à l'occasion d'un conflit conjugal. A propos de cette observation, on peut rappeler la fréquence des manifestations psychiques dans les hypercorticismes.

\*

\* \*



2) Antécédents psychiatriques

En l'absence d'études psychiatriques complètes de toutes nos observations, nous ne retiendrons que le Diagnostic précis porté par un psychiatre ou le séjour en milieu spécialisé. Le tableau suivant résume les différentes étiologies :

|                                      |                                                                                  |
|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| Séjours en milieu psychiatrique (96) | anciens : 56<br>récents : 30                                                     |
| Psychoses (24)                       | Schizophrénie : 16<br>Dépression mélancolique : 8                                |
| Névroses (18)                        | Obsessionnelles : 8<br>Hystériques : 4<br>Anxieuses : 4<br>Phobiques : 2         |
| Délires (8)                          | D. de persécution : 5<br>D. agressif : 2<br>D. hallucinatoire : 1                |
| Divers (20)                          | Anorexie mentale : 6<br>Fugues : 8<br>Arriération mentale : 2<br>Caractériel : 4 |

L'acte suicidaire a été le symptôme révélateur de psychoses, névroses ou délires dans 30 cas (3,6 % des intoxiqués). Les séjours précédents en milieu spécialisé intéressent 12 % de nos intoxiqués. Sur le plan étiologique, notons la relative fréquence des états schizophréniques avec 16 observations (12 hommes et 4 femmes). La TS fut révélatrice pour 11 d'entre-eux. La plupart firent une récurrence ensuite (le problème des récurrences sera abordé plus loin au cours du chapitre évolutif).

Citons une observation grave par son étiologie psychiatrique, très rare selon un spécialiste.

Murielle, 34 ans, mariée - Obsession pure dirigée contre autrui : désir de la mort de son mari, ses enfants, ses proches. Intoxication volontaire gravissime pour fuir cette idée intolérable.



## II Facteurs familiaux

Ils s'intègrent dans la biographie d'un individu. De ce fait, ils sont un facteur de facilitation à la conduite suicidaire, le plus souvent par carence familiale. Nous envisagerons successivement l'étude statistique de la fratrie et des parents, du conjoint et des enfants.

### Fratrie

L'intoxiqué volontaire est membre d'une famille nombreuse (5 frères et soeurs au minimum) dans la proportion de 3,5 % des suicidants, en majorité de condition modeste (ouvrier, agriculteur, artisan).

| Fratrie         | Nombre | Total | % des intoxiqués |
|-----------------|--------|-------|------------------|
| 5 à 10 enfants  | 20     | 31    | 3,5 %            |
| 10 à 15 enfants | 11     |       |                  |

Un suicidant sur 10 fait partie d'une famille de plus de dix enfants.

Dans les antécédents de la fratrie, nous avons relevé :

- tentatives de suicide : 5
- décès récent ( < 2 ans ) : 3
- maladie grave : une intoxiquée volontaire de 22 ans était marquée par le "terrain" cancéreux : 1 frère décédé à 28 ans d'un cancer digestif, soeur de 26 ans traitée actuellement pour maladie de Hogdkin.

### Parents

Une carence familiale est relevée chez 7 % des suicidants. Le tableau suivant en étudie les étiologies.

|                    |    |                                              |    |
|--------------------|----|----------------------------------------------|----|
| Carence vitale     | 34 | Décès                                        | 34 |
| Carence sociale    | 31 | Divorces                                     | 15 |
|                    |    | Séparations                                  | 6  |
|                    |    | Instances de séparation ou de divorce        | 4  |
|                    |    | Déchéance paternelle                         | 2  |
|                    |    | Interné en milieu psychiatrique actuellement | 4  |
| Antécédents divers | 23 | Suicide                                      | 3  |
|                    |    | Ethylisme                                    | 20 |



Les carences vitales ou sociales ont été répertoriées avant l'âge de trente ans. Elles frappent ainsi 12 % des intoxiqués volontaires.

Les carences vitales sont étudiées en fonction de leur caractère ancien ou récent (< 2 ans), du sexe des parents, et du % des intoxiqués avant trente ans.

|               | Père | Mère | Père et<br>Mère | % des intoxiqués<br>avant 30 ans |
|---------------|------|------|-----------------|----------------------------------|
| Décès récents | 5    | 2    | 1               | 1,5 %                            |
| Décès anciens | 15   | 7    | 4               | 5 %                              |
| Total         | 20   | 9    | 5               | 6,5 %                            |

La carence paternelle joue un rôle important : avant trente ans, on note 4 intoxiqués sur 100. Un décès récent intervient dans la conduite suicidaire chez 1 % des intoxiqués jeunes (moins de trente ans).

Les carences sociales sont retrouvées chez les suicidants de moins de trente ans, soit 6 % environ.

Les antécédents suicidaires groupent 3 cas :

- Père décédé par pendaison.
- Aïeul décédé par pendaison.
- Tante décédée à 32 ans par intoxication barbituriques.

Citons, enfin, 2 intoxiqués volontaires dont les parents étaient "cousins germains".

### Conjoint

Les carences conjugales interférant avec un contexte social (séparation, divorce, etc...) seront étudiées plus loin. Les antécédents conjugaux sont notés dans le tableau suivant qui montre la fréquence relative de l'éthylisme et des tentatives de suicide.

|                                              |     |
|----------------------------------------------|-----|
| Tuberculose actuelle ou récente              | 6   |
| Ethylisme                                    | 20  |
| Antécédents suicidaires avec hospitalisation | 7   |
| Invalidité                                   | 5   |
| Décès                                        | 24  |
| Total                                        | 62  |
| % des suicidants                             | 7 % |



La proportion d'actes suicidaires chez les veufs ou les veuves est significative, en fonction de l'âge et du sexe : 16 % des intoxiqués volontaires ayant dépassé la quarantaine sont veuves, alors que la disparition de la conjointe est moins marquante chez l'homme (6 % de veufs après 40 ans).

### Enfant

Les grossesses rapprochées, une primiparité précoce, de nombreux enfants, peuvent être un facteur de déséquilibre chez la femme, induisant chez certaines une pulsion suicidaire dont l'une des étiologies sera répertoriée parmi les facteurs déclenchants (psychose puerpérale).

Statistiquement, chez les 298 femmes intoxiquées volontaires mariées, 60 % avaient des enfants. Il nous a semblé intéressant de noter l'incidence entre l'âge de la mère et le nombre d'enfants, en insistant sur le rôle des grossesses rapprochées.

| Age                  | 19 | 21 | 23 | 27 | 32 | 35 | 38 | 42 |
|----------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Nombre d'enfants     | 1  | 2  | 3  | 4  | 6  | 8  | 13 | 10 |
| Nombre d'intoxiquées | 3  | 2  | 6  | 5  | 7  | 7  | 1  | 4  |

Au total 19 intoxiquées ont plus de cinq enfants, soit 6 % des suicidantes mariées. Les cas extrêmes vont de 1 enfant à 17 ans, à 8 enfants à 30 ans et 13 à 38 ans.

\*  
\*   \*   \*



III

Contexte social

Il résulte de la conjoncture des antécédents individuels et familiaux, et des événements extérieurs (professionnels en particulier).

Nous avons répertorié dans un tableau les différentes étiologies de caractère socio-professionnel afin de les résumer.

|                                          |    |                               |    |
|------------------------------------------|----|-------------------------------|----|
| Placement<br>en milieu<br>extra-familial | 33 | Assistance Publique           | 3  |
|                                          |    | Foyer de l'enfance            | 3  |
|                                          |    | Maison de rééducation         | 15 |
|                                          |    | Foyer maternel                | 5  |
|                                          |    | Maison de retraite            | 4  |
|                                          |    | Foyer des jeunes travailleurs | 3  |
| Modification<br>de<br>l'état-civil       | 48 | Mères célibataires            | 10 |
|                                          |    | Divorcés                      | 20 |
|                                          |    | Séparés                       | 14 |
|                                          |    | Remariés                      | 2  |
|                                          |    | Concubins                     | 2  |
| Cas<br>sociaux                           | 12 | Prostitution                  | 1  |
|                                          |    | Sans domicile fixe (SDF)      | 4  |
|                                          |    | Inceste                       | 1  |
|                                          |    | Délinquant                    | 2  |
|                                          |    | Drogue                        | 4  |
| Contexte<br>socio-<br>professionnel      | 43 | Instabilité professionnelle   | 20 |
|                                          |    | Chômage                       | 15 |
|                                          |    | Grève                         | 2  |
|                                          |    | Invalidité                    | 6  |

Signalons la forte proportion des carences de logement personnel : 4 % des suicidants. Pour sa part, un contexte socio-professionnel représente 5 % des intoxiqués.



## II - FACTEURS DÉCLENCHANTS

L'acte suicidaire peut être induit par des facteurs de facilitation (psychosomatiques, familiaux, sociaux). Il est réalisé à l'occasion d'un stress parfois minime récent (facteur déclenchant). Il existe moins fréquemment des T.S. sans pulsion préalable, par réaction catastrophique. D'autres tentatives enfin peuvent révéler une affection mentale (états schizophréniques et mélancoliques entre autre).

Notre répartition statistique est fonction du mobile et du terrain propice à certaines pulsions suicidaires (éthylisme, grossesse). Nous illustrerons cette étude par quelques observations.

### Terrain

Il s'agit principalement de l'éthylisme chronique chez l'homme, ou de la grossesse.

#### 1) L'éthylisme chronique

La conduite suicidaire revêt deux aspects particuliers chez l'éthylique chronique. La T.S. survient le plus souvent :

- soit au cours d'un épisode éthylique aigu (25 % de nos suicidants éthyliques),
- soit à la reprise de l'oénolisme après sevrage prolongé ou cure de désintoxication (7 %).

Dans l'ensemble, ces intoxiqués ont plus de 25 ans avec une prédominance masculine nette ( $\frac{F}{H} = 0,75$ ), au total 15 % des intoxiqués après 25 ans.

#### 2) La grossesse

Notée chez 52 femmes dont 21 célibataires, l'état de grossesse peut expliquer un certain nombre d'intoxications volontaires (10 % des suicidantes avant 40 ans).

#### Célibataires

La grossesse est le mobile direct de la tentative de suicide chez 9 % des suicidantes célibataires avant 30 ans, avec une prépondérance avant 20 ans (8 %). Un mobile abortif était avoué par trois intoxiquées.



### Mariées

La fréquence des intoxiquées enceintes est la plus forte de 20 à 25 ans (17 % des intoxiquées mariées).

En résumé, 17 % des femmes mariées de 20 à 25 ans s'intoxiquent au cours d'une grossesse, 8 % des célibataires enceintes de 15 à 20 ans. Citons, en outre, 4 observations de mères célibataires enceintes une seconde fois.

Avant de clore cette revue statistique sur les intoxiquées enceintes, il faut souligner la fréquence des T.S. à la fin du cycle catamennial, ou à l'occasion d'un retard de règles. Ainsi une quinzaine d'intoxiquées ont agi par crainte d'une éventuelle grossesse non confirmée ultérieurement.

\* \* \*

### Facteur déclenchant

Nous avons relevé le mobile avoué par l'intoxiqué pour expliquer son action subite.

#### Causes sentimentales

Elles vont de la simple dispute à la rupture, ou encore les mobiles suivants, entre autres :

- décès tout récent du fiancé,
- absence du futur époux le jour du mariage.

#### Causes familiales

Le problème des sorties nocturnes ou des fréquentations est le plus souvent mis en cause, puis les disputes entre parents et enfants. Citons encore :

- Père décédé depuis un an, présence à la maison de l'amant de la mère.
- Beau-père entreprenant chez une mythomane.
- Refus du mariage voulu par les parents.

#### Causes conjugales

Ce sont les disputes, les absences fréquentes du conjoint. Deux mobiles sont la source de bon nombre d'I.V. : l'infidélité du conjoint (2 % des intoxiquées) ou une instance de séparation ou de divorce (4 % des suicidants).



### Causes socio-professionnelles

Dans ce cadre nous regroupons la délinquance, les problèmes de voisinage, de déracinement, de logement, survenus récemment, ainsi que les facteurs professionnels (chômage, grève, mésentente avec l'employeur) tous récents. Citons les observations suivantes :

- M... trouve qu'elle réussit mal dans la vie. I.V. le jour même où elle échoue à son examen du permis de conduire pour la deuxième fois.
- D... sa candidature à un poste dans l'enseignement vient d'être refusée, I.V. le jour même.
- E... mari au chômage, nombreuse famille (10 enfants), problèmes économiques.
- A... mère célibataire, deux enfants (2 et 5 ans) de pères différents. Ses derniers projets de mariage viennent d'échouer.
- R... accident de voiture récent sans permis de conduire : I.V.

### Causes psychiatriques passagères

Parmi celles-ci un état dépressif passager est retrouvé en forte proportion (20 %). Les psychoses puerpérales récentes sont retrouvées chez 5 % de nos intoxiquées entre 20 et 40 ans. Plusieurs tentatives, enfin, relevaient d'une appréhension de consultation ou d'admission en milieu spécialisé le jour même.

### Causes financières

(Dettes, malversions, 5 intoxiqués en faisaient le mobile le plus grave :

- D..., 45 ans, comptable, marié, 5 enfants. Son patron a constaté des malversions. Ne pouvant rembourser ses dettes, il s'intoxique volontairement.
- R..., 50 ans, marié, artisan. Il lui manquait une somme d'argent importante pour payer ses ouvriers.

### Service Militaire

Il est directement mis en cause par 8 intoxiqués incorporés, car entraînant pour eux soit une carence affective (fiancée, conjointe), soit socio-professionnelle (perte de temps et d'argent).

La nature du toxique était identique pour les 7/8 des cas : salicylés.



### Problèmes scolaires

Un problème scolaire est à l'origine de 10 I.V. Il se rapportait :

- soit à un rendement scolaire insuffisant d'après les parents,
- soit à un internat mal toléré,
- soit au renvoi de l'établissement (3 cas).

### Causes médicales

Nous avons pris comme critères de facteur déclenchant soit un désir de fuite de la maladie, soit une réaction névrotique telle qu'elle engendre une conduite suicidaire. Nous éliminons ainsi un but antalgique passager.

#### \* Causes organiques pures : 6

- causes carcinologiques : 3 observations pour cancers : tous ces intoxiqués suspectaient fortement la nature de leur maladie :
  - métastase cérébrale d'un K utérin,
  - K oesophagien opéré depuis 10 mois,
  - séminome opéré depuis 8 mois.
- deux insuffisants respiratoires chroniques ont perpétré leur acte suicidaire au cours d'une décompensation respiratoire subaiguë. Cependant l'hypoxie-hypercapnie de ce type de malades est responsable, comme chacun le sait, de troubles du comportement.
- La dernière affection était un zona facial hyperalgique traité depuis plusieurs mois par différents antalgiques sans résultat.

#### \* Causes thérapeutiques

- L'appréhension d'une intervention chirurgicale est à l'origine de 4 observations.
- Les agents médicamenteux les plus souvent mis en cause dans les troubles du comportement, par différentes statistiques sont : les amphétamines (cure d'amaigrissement), les traitements hormonaux (oestro-progestatifs), les antituberculeux (Isoniazide). Dans notre statistique nous avons relevé un cas traité par isoniazide depuis un mois.

### Autres causes

- Nous avons relevé cinq observations où la stérilité féminine était le principal mobile de l'I.V. :



*P..., 34 ans, mariée, sans enfants. Désir ardent de grossesse. Première tentative de suicide par barbituriques, peu grave. Deuxième tentative par pendaison très grave avec anoxie prolongée et séquelles neurologiques majeures (Syndrome choreo-athétosique).*

- Par ailleurs, une assez forte proportion de suicidants mettaient directement en cause un état de fatigue passager (30 cas) ou d'insomnie (15 cas) comme seul mobile avoué à leur acte.

En résumé nous condenseons dans un tableau les principaux mobiles donnés à la tentative de suicide.

|                                  |     |
|----------------------------------|-----|
| Causes psychiatriques passagères | 160 |
| Causes conjugales                | 140 |
| Causes familiales                | 80  |
| Causes sentimentales             | 60  |
| Causes socio-professionnelles    | 55  |
| Causes diverses                  | 35  |

Nous concluerons ce répertoire de facteurs déclenchants avec plusieurs observations particulières :

*P..., 22 ans - Tentative de suicide collectif au gaz avec ses deux enfants, car l'un est gravement handicapé physique.*

*D..., 23 ans, mariée, 1 enfant - En instance de divorce, avortement récent. Trauma crânien en 1967 avec épilepsie depuis. Son amant veut l'abandonner. T.S. à fonction de chantage.*

*L..., 42 ans, mariée - Névrose hystérique. Castration ovarienne à 25 ans. Sans enfants, obsession de maternité. Fugue avec un homme marié il y a 8 ans pour l'inciter à divorcer et lui confier ainsi ses enfants du premier lit.*

*B..., 22 ans, divorcée - "A raté sa vie". Errait depuis quatre jours sans manger. A l'âge de 9 ans, tentative de viol par un ami de sa famille. Très marquée par les examens gynécologiques consécutifs à un recours en justice des parents. Mariée 6 mois, vit à Paris où elle se drogue à plusieurs reprises. Condamnation pour usage de drogue à trois mois de prison. Sans profession stable : des-sins sur le trottoir le jour, garde d'enfants la nuit.*

*R..., 22 ans, mariée, 3 enfants - Le dernier-né (3 mois) est mort étouffé dans son lit quelques jours plus tôt.*

---



CHAPITRE TROISIÈME

RÉALISATION DE L'INTOXICATION  
(Circonstances, nature du toxique)

*Pour déterminer les facteurs de réalisation de l'I.V.A., nous avons noté l'époque et le moment de l'intoxication, le mode de transfert, l'environnement de l'intoxiqué et le toxique utilisé.*

I - EPOQUE ET MOMENT DE L'I.V.A.

Epoque :

- Mois
- Saisons
- Jours

Moment :

- Heure d'admission
- Délai

II - MODES DE TRANSFERT DES INTOXIQUÉS

- Modes de transport
- Lieu de transfert
- Antenne mobile

III - ENVIRONNEMENT

- Critères habituels

IV - ASPECT TOXICOLOGIQUE

- Fréquence générale des toxiques
  - Etude statistique du toxique
  - Fréquence des principaux toxiques
-



I - EPOQUE ET MOMENT DE L'I.V.A.

Au cours de notre stage interné au Centre anti-poison d'Angers, notre attention fut attirée par la fréquence des intoxications volontaires selon l'époque et le moment. Cet aspect temporel est retrouvé dans la revue bibliographique des tentatives de suicides médicamenteux.

Afin d'évaluer la fréquence de ces facteurs mensuels et saisonniers, nous avons complété artificiellement notre relevé statistique arrêté au 1er Septembre 1970. Pour ce faire, nous avons extrapolé les résultats des années précédentes (1968-1969) pour réaliser une moyenne mensuelle majorée selon un taux d'accroissement annuel des intoxications volontaires, évalué à 10 %.

Nous étudierons successivement l'époque de l'intoxication, selon le jour, le mois, la saison, puis l'heure et le délai d'admission à l'hôpital. Enfin, nous apprécierons le retentissement du mois de naissance de l'intoxiqué en fonction de son âge, sur le mois de l'acte suicidaire.

1) Epoque

Mois

Sur le graphique n° 5, le profil mensuel des intoxications volontaires aiguës est sensiblement identique selon les trois années envisagées.

Il montre une recrudescence des tentatives de suicides médicamenteux en Mars et Avril, puis, à une fréquence plus modérée en Octobre et Novembre.

Les mois où nous relevons le plus grand nombre d'admissions pour T.S. sont Mars et Avril; ceci pouvant être expliqué par la fatigue d'un second trimestre plus chargé pour les étudiants, et pour d'autres par les variations climatiques.

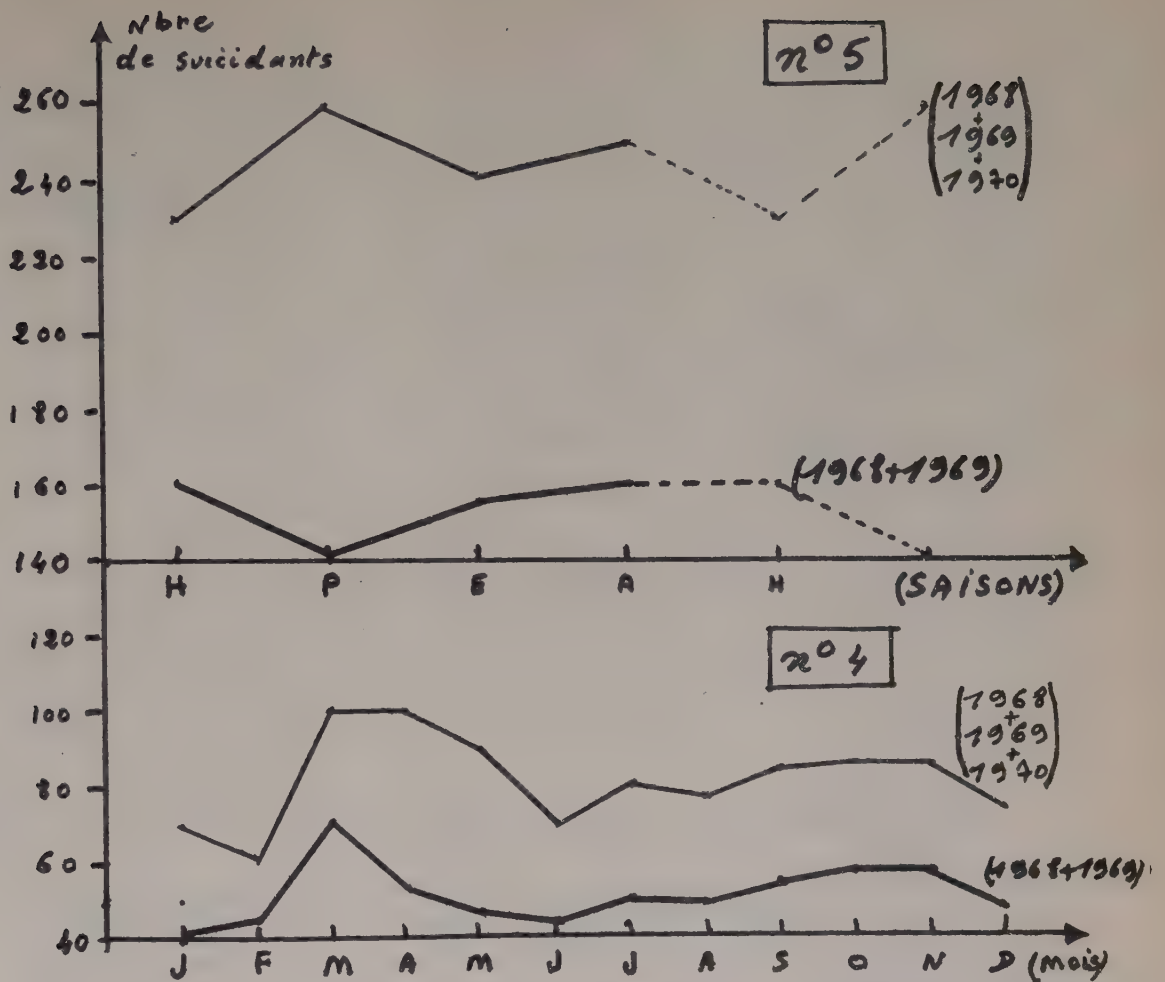
Nous constatons en Février et Juin que le nombre d'admissions est le plus faible.

Saisons

Nous les avons analysées par tranches mensuelles, sur le graphique n° 5 :

- janvier, février, mars, pour l'hiver,
- avril, mai, juin, pour le printemps,



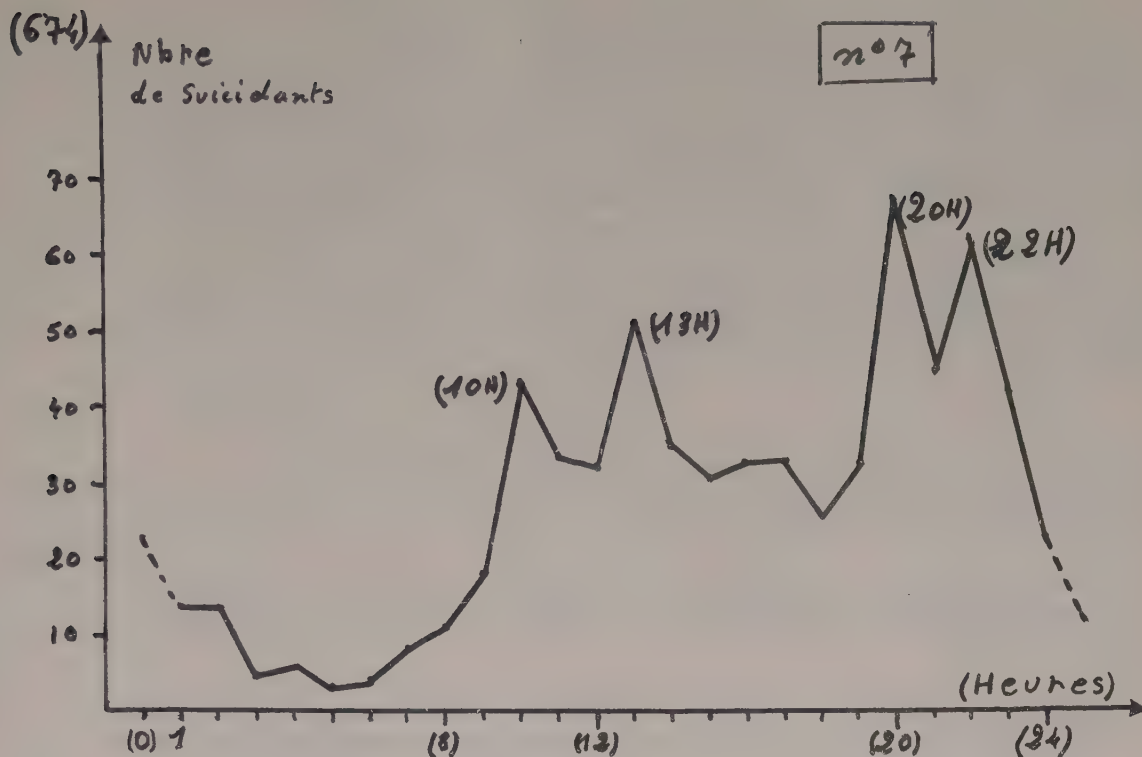


Fréquence numérique mensuelle et saisonnière



Fréquence numérique journalière





Repartition numérique horaire des admissions pour intoxications aiguës

n°8

| DELAI     | nbre de cas | Nbre de suicidants | % de suicidants |
|-----------|-------------|--------------------|-----------------|
| 0 à 5H.   | 305         | 490                | 62%             |
| 5 à 10H.  | 90          | 490                | 18%             |
| 10 à 24H. | 85          | 490                | 17%             |
| > 24H.    | 10          | 490                | 3%              |
| TOTAL     | 490         | 490                | 100%            |

Délai horaire des admissions

n°9

| CATÉGORIE d'ÂGE | nbre de cas | nbre de suicidants | % de suicidants |
|-----------------|-------------|--------------------|-----------------|
| 15 à 30ans      | 53          | 508                | 10%             |
| 30 à 50ans      | 16          | 342                | 4%              |
| 15 à 90ans      | 69          | 850                | 8%              |

Relations entre mois-anniversaire et mois-intoxication volontaire



- juillet, août, septembre, pour l'été,
- octobre, novembre, décembre pour l'automne.

En faisant abstraction de la fréquence inhabituelle d'intoxications volontaires aiguës au printemps 1970 (avril, mai, juin), l'hiver et l'automne sont les saisons les plus représentatives par la fréquence des intoxications volontaires. On note une diminution nette en été.

La relation entre les saisons et les mois montre une recrudescence majeure des intoxications volontaires (22 %) à la transition entre l'hiver et le printemps (mars-avril).

### Jours

- Les "Mercredi, Vendredi et Samedi" sont les jours où le Centre anti-poison a reçu le plus d'Intoxications volontaires.

- C'est le Jeudi et le Samedi que nous avons enregistré le plus faible nombre d'admissions (graphique n° 6).

### 2) Heure et délai

L'heure d'intoxication étant relativement peu notée avec précision dans les observations (20 %), nous avons préféré relever l'heure d'admission dans le service (674 cas) et le délai entre l'ingestion du toxique et l'arrivée à l'hôpital (490 cas).

### Heure

L'horaire d'admission des I.V. se répartit essentiellement (76 %) de 10 heures à 24 heures.

Par ailleurs, il existe une recrudescence très nette à certains moments de la journée (10 heures, 13 heures, 20 heures, 22 heures) représentant : en quatre horaires, le tiers des admissions pour intoxications volontaires (graphique n° 7).

### Délai (Tableau n° 8)

L'intoxiqué est hospitalisé dans le service, au cours des cinq heures suivant l'intoxication, dans la majorité des cas (68 %). Ceci permet la mise en route d'une thérapeutique épurative précoce et efficace, transformant la gravité d'une intoxication selon la nature du toxique ou sa dose.

Au cours d'une intoxication volontaire, tout retard à l'hospitalisation ou à la prise de contact avec le Centre anti-poison, peut aggraver l'évolution de l'intoxication.



Remarque. -

Influence du mois-anniversaire

Nous avons voulu rechercher une relation statistique à propos de l'influence du mois-anniversaire sur la pulsion suicidaire le même mois.

Il semble exister un dénominateur commun avant l'âge de trente ans, entre le mois-anniversaire et le mois d'intoxication, avec 10 % des intoxiqués, contre 4 % de 30 à 90 ans (Tableau n° 9).

Au cours de cette étude nous avons relevé sans les chiffrer plusieurs observations d'intoxiqués ayant choisi le jour même de leur anniversaire.

---



II - MODES DE TRANSFERT  
DES INTOXICATIONS VOLONTAIRES AIGUES

Le mode de transport ou le lieu de provenance a été déterminé pour 150 intoxications volontaires aigues.

| n° 10                  |                     |                         |
|------------------------|---------------------|-------------------------|
| MODES DE TRANSPORT     | Nombre<br>de<br>cas | %<br>des<br>transportés |
| Ambulances civiles     | 33                  | 52 %                    |
| Pompiers               | 10                  | 16 %                    |
| Police-Secours         | 8                   | 13 %                    |
| Voitures particulières | 7                   | 11 %                    |
| Ambulances militaires  | 4                   | 8 %                     |
| TOTAL                  | 62                  | 100 %                   |

Véhicules de transfert des intoxications volontaires.

| n° 11                               |           |                   |       |                                    |
|-------------------------------------|-----------|-------------------|-------|------------------------------------|
| HOPITAL A L'ORIGINE<br>DU TRANSFERT |           | nbre<br>de<br>cas | Total | %<br>des intoxiqués<br>volontaires |
| Hôpitaux<br>ruraux                  | Saumur    | 34                | 39    | 4,5 %                              |
|                                     | Cholet    | 5                 |       |                                    |
| Hôpitaux<br>régionaux               | Thouars   | 9                 | 13    | 1,5 %                              |
|                                     | Nantes    | 3                 |       |                                    |
|                                     | Tours     | 1                 |       |                                    |
| Hôpital<br>psychiatrique            | Angers    | 10                | 10    | 1 %                                |
| C H R<br>ANGERS                     | Médecine  | 4                 | 6     | < 1 %                              |
|                                     | Chirurgie | 2                 |       |                                    |
| TOTAL                               |           | 68                | 68    | 8 %                                |

Lieu de provenance de certaines intoxications volontaires aigues.



Mode de transport (Tableau n° 10)

Par ordre de fréquence nous trouvons les transferts par les ambulances civiles, par les voitures de pompiers, par la police, par voiture particulière et enfin par ambulance militaire.

Lieu de provenance (Tableau n° 11)

- Les hôpitaux ruraux de Maine-et-Loire (Saumur, Cholet principalement) ont adressé 4 % des intoxications volontaires aiguës.

- Des centres hospitaliers régionaux (Nantes, Tours, Thouars) proviennent 1 % des intoxications volontaires. Le Centre hospitalier d'Angers (Médecine et Chirurgie) participe au recrutement pour moins de 1 % ainsi que le centre psychothérapique départemental (1 %).

Antenne mobile

Les intoxications volontaires aiguës adressées par les hôpitaux périphériques (Saumur, Cholet, Thouars : 6 %) sont habituellement graves (coma).

Nous avons constaté à plusieurs reprises en présence d'intoxications médicamenteuses des décès survenus au cours d'un transfert hâtif, alors que ces décès auraient dû être évités. La création d'une antenne médicale affectée au Centre anti-poison a été réalisée dans ce but. C'est ainsi que pendant la période 1969-Septembre 1970, elle a effectué une centaine de transferts.

|                     |
|---------------------|
| III - ENVIRONNEMENT |
|---------------------|

Le caractère incomplet de certaines observations n'a pas permis d'étudier cet aspect intéressant des I.V. :

- personnes à proximité,
  - personnes averties avant l'acte,
  - traces laissées au moment de l'acte (lettres),
  - heure escomptée de la découverte.
-



#### IV - ASPECT TOXICOLOGIQUE

Il comportera une description comparative statistique des modes d'intoxications selon la classe, le groupe et la nature du toxique.

##### Fréquence générale

La majorité des intoxications est de nature médicamenteuse et isolée (71 %). Ainsi pour les 865 observations notées la répartition était la suivante :

##### Intoxications isolées : 616

|                       |     |
|-----------------------|-----|
| - Médicament .....    | 590 |
| - Autres toxiques :   | 15  |
| - Gaz .....           | 11  |
| (- Indéterminés ..... | 15) |

##### Intoxications associées : 234

|                     |     |
|---------------------|-----|
| - Médicament .....  | 210 |
| - Autres toxiques : | 5   |
| - Gaz .....         | 19  |

Au total le toxique isolé et associé à un autre mode représente :

|                      |     |
|----------------------|-----|
| - Médicaments .....  | 800 |
| - Autres .....       | 20  |
| - Gaz .....          | 30  |
| - Indéterminés ..... | 15  |

Selon le mode d'intoxication, outre les 41 intoxications par inhalation, nous avons relevé 2 injections parentérales (Insuline) et plusieurs par voie rectale.

La tentative de suicide associant un toxique et des moyens brutaux est notée pour 8 observations (3 avec tentative de noyade, 5 avec tentative de section des veines du poignet). Pendant la même période nous avons relevé les tentatives de suicides isolés par :

|                            |   |
|----------------------------|---|
| - Tentative de noyade :    | 8 |
| - Section des veines :     | 2 |
| - Tentative de pendaison : | 6 |



Au total les moyens brutaux d'acte suicidaire, isolés ou associés à une intoxication représentent avec 24 observations, 2,7 % des tentatives de suicide admises dans le service.

Etude statistique selon l'aspect toxicologique

A - LES MÉDICAMENTS

1) Les psychotropes

Ils sont les plus utilisés au cours des intoxications volontaires (88 %). Parmi ceux-ci nous trouvons :

\*\*\* LES PSYCHOLEPTIQUES

\*\* Hypnotiques

Ils représentent en association ou non 352 cas.

\* Hypnotiques barbituriques - Isolés : 221  
Associés : 111

a) Action lente : isolés et associés : 124

- Phénobarbital pur (gardénal) : 64 (I + A)
- Phénobarbital impur, Barbital : 60 (I + A)  
(véronal, orténal, bellargal, alepsal, epanal, belladenal, neuropax, spasmidenal).

b) Action intermédiaire (I + A) : 110

- Amobarbital impur (Binotal) : 49 (I + A)
- Butalbital (optalidon) : 30 (I + A)
- Amobarbital, butobarbital, vinylbarbital :  
31 (I + A)  
(eunotal, soneryl, optanox, sonuctane, supponotal, noctadiol).

c) Action rapide (I + A) : 98

- Pentobarbital (nembutal) : 32 (I + A)
- Heptabarbital, secobarbital, cyclobarbital :  
66 (I + A)  
(médumine, immenotal, reposal, vesperax, surnox).



\* Hypnotiques non barbituriques - Isolés : 20  
Associés : 10

Ils représentent individuellement un très faible pourcentage. Nous avons relevé plusieurs intoxications par chloral, chloralose, carbromal (Dormopan), glutéthimide (doridène), mécloqualone (nubarène), chlorothiazol (hémineurine).

En conclusion, parmi les barbituriques, quatre toxiques sont retrouvés le plus souvent, par fréquence :

- Phénobarbital pur (gardénal) : 8 % des Médicaments
  - Amobarbital impur (binocet) : 6 % " "
  - Butalbital (optalidon) : 3,5 % "
  - Pentobarbital (nembutal) : 4 % "
- soit au total 22 % des intoxications médicamenteuses.

\*\* Tranquillisants

Ils représentent au total (associés ou non) 283 observations.

\* Diazepine et dérivés - Isolés : 124  
Associés : 102

1) Diazepam (valium) : (I + A) = 143

2) Autres Diazepines : (I + A) = 83

(chlordiazepoxide (librium), nitrazepam (mogadon), oxazepam (séresta).

En conclusion le diazepam (valium) est le plus souvent utilisé représentant 18 % des intoxications médicamenteuses.

\* Carbamates - Isolés : 34 - Associés : 41

1) Méprobamate : (I + A) = 66  
(équanyl, procalmadiol, mépronizine)

2) Autres Carbamates : (I + A) = 9  
(N-oblivon, mérinax, flexartal).

Dans ce groupe, la drogue la plus fréquente est représentée par les méprobamates : 8 % des toxiques médicamenteux.

\* Autres tranquillisants : (I + A) = 12

Ils sont représentés par des pipérazines (atarax) et le chlorprothixen (taractan).



## \*\* Neuroleptiques

Ils sont présents dans 129 intoxications.

\* Phénotiazines et dérivés - Isolés : 67  
Associés : 53

1) Chlorpromazine : (I + A) = 29  
(largactyl).

2) Levopromazine : (I + A) = 32  
(nozinan).

3) Prométhazine : (I + A) = 20

4) Divers : (I + A) = 39  
(aliprémazine (théralène), fluphénazine (moditen), thioridazine (melleril), dibenzepine (novéril).

\* Autres neuroleptiques : (I + A) = 9

Au nombre de 6 isolés et 3 associés, le toxique étant une réserpine (3 cas), ou une butyrophérone (halopéridol : 4 fois associés, 2 fois isolés).

## \*\*\* LES PSYCHOANALEPTIQUES

Parmi ceux-ci, nous avons retenu :

- Imipramine et dérivés - Isolés : 26  
Associés : 78

Imipramine (tofranil), désipramine (pertosan), chlorimipramine (anafranil), triméprimine (surmontil), opipramol (insidon), amitryptiline (elavil, laroxyl).

- Stimulant de la vigilance (amphétamines) :

Isolés : 4 - Associés : 5

## 2) Les Analgésiques

Ils sont présents dans 85 intoxications et utilisés isolément chez 58 d'entre elles. Hormis les anti-inflammatoires (phénylbutazone, indométacine, principalement responsable de 15 intoxications isolées), les salicylés sont les plus représentatifs :



Salicylés : Isolés : 43 - Associés : 15

Responsables de 43 intoxications isolées, avec 58 cas au total, ils représentent 7 % des intoxications médicamenteuses.

### 3) Médicaments divers

Ils interviennent dans 70 intoxications et sont les seuls responsables pour 30 cas. Nous en citerons quelques-uns intervenant dans les intoxications.

- Hydantoïne = 6
- Quinine et dérivés = 5
- Trihexyphénilide (artane) = 5
- Chlormézanone (trancopal) = 5
- Arsénicaux (stovarsol) = 2
- Atropiniques = 9
- Salidiurétiques = 6
- Isoniazide = 7
- Dicoumarol = 6
- Cortisonique = 10
- Digitalique = 6

### B - PRODUITS DIVERS

Responsables seuls dans 15 cas, ils interviennent dans 20 intoxications. Ce sont des produits médicamenteux à usage externe (3 cas), des toxiques ménagers (eau de Javel), (Tri-chloréthylène), ou agricoles (raticides), ou chimiques (acide chlorhydrique). Au total, ils interviennent en faible proportion (2 % des I. Volontaires).

### C - INTOXICATIONS AU GAZ

Comme il est classique de le dire, leur fréquence au cours des tentatives de suicides est en régression annuelle continue; le gaz de Lacq contenant peu de CO, alimente actuellement une grande partie de la ville d'Angers. Ainsi la diminution de toxicité, connue du public, modifie la fréquence de ces tentatives de suicides.

Nous avons relevé 30 intoxications au gaz soit 3,5 % des intoxications volontaires. Nous en ferons une description sommaire en fonction des facteurs individuels (âge, sexe, habitat), de la nature du gaz et des associations retrouvées.

#### 1) Nature

Gaz de ville : 19  
Butane-Propane : 11



2) Association : 19 cas

- aux médicaments

- Barbituriques : 5
- Tranquillisants : 10
- Neuroleptiques : 3
- Autres : 2

- éthyliques

avec ou sans médication associée : Homme : 7  
Femme : 1

L'association gaz-éthylisme représente plus de la moitié des intoxications par inhalation chez l'homme.

3) Habitat

- Citadins : 25
- Ruraux : 5

4) Sexe et Age

- Hommes : gaz de ville :

6 avant 40 ans, 1 avant 60 ans = 7

butane-propane :

4 avant 40 ans, 1 avant 60 ans = 5

- Femmes : gaz de ville :

5 avant 40 ans, 5 avant 60 a., 2 av. 80 a. = 12

butane :

2 avant 40 ans, 2 avant 60 a., 2 av. 80 a. = 6

Au total, la majorité des intoxiqués ont moins de quarante ans (17 cas) avec une fréquence plus grande chez l'homme (5 pour 12 cas), et un étalement jusqu'à soixante ans chez la femme (10 pour 18 cas). Le gaz de ville est le plus utilisé chez la femme, alors que le butane ou le propane sont responsables d'un même nombre d'intoxications par inhalation chez l'homme.

|                                   |
|-----------------------------------|
| Fréquence des principaux toxiques |
|-----------------------------------|

A la suite de cette énumération nous avons résumé dans un tableau les principales familles et les principaux groupes de toxiques :

- dans les intoxications où ils sont utilisés isolément,
- dans toutes les intoxications où ils interviennent.



### Répartition par famille

|                              | Isolés | Total |
|------------------------------|--------|-------|
| Médicaments psychotropes     | 59 %   | 88 %  |
| 1) <u>Psycholeptiques</u>    | 55     | 85    |
| - hypnotiques                | 29     | 41    |
| - neuroleptiques             | 9      | 16    |
| - tranquillisants            | 14     | 33    |
| 2) <u>Psychoanaleptiques</u> | 4      | 12    |
| - thymoanaleptiques          | 3,5    | 9     |
| Médicaments autres           | 10     | 17    |
| - Analgésiques               | 7      | 10    |
| - Divers                     | 3      | 7     |
| Produits divers              | 1,5    | 2     |
| Gaz (gaz de ville ou butane) | 1,5    | 3,5   |

Les psycholeptiques sont les plus utilisés (55 %) intervenant pour 85 % des intoxications, les hypnotiques étant les plus nombreux.

### Répartition par groupe

Les barbituriques et les dérivés de la diazépine sont au premier plan, représentant tous les deux 40 % des intoxications volontaires. Les Imipraminiques sont plus souvent utilisés en association que de façon isolée, à l'inverse des barbituriques.

Les salicylés dans notre statistique représentent 5 % des intoxications isolées. Ils interviennent pour 7 % du total des intoxications, se classant ainsi avant les carbamates.

|                | % isolés | % Total |
|----------------|----------|---------|
| Barbituriques  | 26       | 38      |
| Diazépines     | 14       | 26      |
| Phénothiazines | 8        | 14      |
| Salicylées     | 5        | 7       |
| Imipraminiques | 2,5      | 9       |
| Carbamates     | 2,5      | 5       |



### Répartition par toxique

Trois toxiques reviennent le plus souvent dans notre relevé statistique des intoxications où ils interviennent :

- Phénobarbital pur (gardénal) : 8 %
- Diazepam (valium) : 17 %
- Méprobamate (equanil, procalmadiol) : 8 %

### Nombre d'associations

Le plus souvent utilisé seul (70 %), le toxique est associé :

- à un autre toxique : 24 %
- à deux autres toxiques : 4 %
- à plus de trois toxiques : 1,5 %

Les deux toxiques retrouvés le plus souvent en association étaient le phénobarbital (gardénal) et le diazepam (valium).

### Aspect général clinique et thérapeutique

#### Aspect clinique

- \* Sur le plan clinique, le toxique est responsable de troubles sévères de la conscience (coma) pour 44 % des intoxications, dont 9 % avec coma carus.
- \* Des modifications tensionnelles sont retrouvées dans 20 % d'intoxications (6 % en collapsus, T.A. inférieure à 8).
- \* Une hypothermie franche ( $< 34^{\circ}$ ) intéresse 13 intoxications (1,5 % des intoxications), la plus faible étant de  $28^{\circ}$ .

#### Aspect thérapeutique

La toxicité du produit ou les complications cliniques dues à l'intoxication ont nécessité :

- \* une épuration par lavage gastrique de 30 % d'intoxications (une dizaine avec un lavage gastrique de 20 litres et plus pour intoxications imipraminiques ou polymédicamenteuses),
- \* une épuration extra-rénale par dialyse péritonéale pour les 7 intoxications suivantes :
  - 4 intoxications barbituriques  $> 10$  gr
  - 1 intoxication salicylée de 45 gr
  - 2 intoxications polymédicamenteuses (Imipramine, tranquillisants, barbituriques)
- \* une assistance respiratoire pour 15 % d'intoxications, dont 6 % de plus de 24 heures et pour 14 observations supérieure à 4 jours.



## CHAPITRE QUATRIÈME

### E V O L U T I O N

Dans les divers centres de réanimation, on assiste à un abaissement du taux de mortalité grâce :

- à la meilleure connaissance de l'aspect pharmacologique des différents toxiques,
- à des règles de réanimation mieux adaptées,
- à des moyens de réanimation et d'épuration plus efficaces.

Notre statistique relève un taux de mortalité de 2% pendant la période d'observation (Janvier 1968 - Septembre 1970). Cependant si l'atteinte somatique due à l'intoxication est habituellement favorable, le devenir du suicidant est caution à des récidives. Nous avons ainsi envisagé la durée du séjour et le mode de sortie de l'intoxiqué et les récidives de tentatives de suicide.

#### I - DÉCÈS

De 1968 à 1970 (1er Septembre), quatre décès par intoxications ont été relevés. Deux intoxiqués étant arrivés décédés dans le service, la mortalité de nos intoxications volontaires aigues s'établit à moins de 2 % globalement.

Le caractère de ces décès par intoxications, est le suivant, en fonction de l'âge de l'intoxiqué, de la nature du toxique, des modalités du décès.

1968 : Décès = 0

Aucun décès par intoxication volontaire.

1969 : Décès = 1

Une jeune fille, célibataire, âgée de 23 ans, est arrivée en état de mort apparente, trente minutes après sa découverte, transportée par une ambulance civile. Une réanimation intensive est instituée, sans résultat. L'aspiration



bronchique après intubation révèle une inhalation de vomissements alimentaires. Cette intoxiquée aurait pris 2 grammes de gardénal (barbituriques positifs dans les urines).

1970 : Décès = 3

1) Une femme de 65 ans, aux antécédents psychiatriques connus, transportée par une ambulance civile, arrive en état de mort apparente, irréversible. L'alcoolémie post-mortem est supérieure à 3 gr/litre. Le toxique associé à l'éthylisme aigu serait de la "cardiorhythmine 10 Sédative" à la dose de 30 comprimés (soit 300 mg d'Ajmaline et 600 mg de Butobarbital).

2) Une femme de 45 ans, éthylique chronique, internée en milieu psychiatrique depuis longtemps, s'intoxique volontairement avec une dose indéterminée de phénobarbital (gardénal) au cours d'une permission dans sa famille. Après épuration et réanimation intensive (respiration assistée, traitement de l'insuffisance circulatoire aiguë) les signes cliniques (coma carus v.g.) rétrocedent totalement en 48 heures, lorsqu'un décès brutal survient. La nécropsie révèle un hémopéritoine par rupture du dôme vésical consécutif à des manoeuvres particulières par l'intoxiquée.

3) Une femme de 61 ans récidive une intoxication volontaire médicamenteuse deux ans après une première tentative de suicide. Elle ne travaillait plus, veuve depuis trois ans, et à l'invalidité.

L'intoxication était polymédicamenteuse et massive associant :

- Phénindione (Pindione)
- Etamsylate (Dicynone)
- Vit. K<sub>1</sub> + Flavonoïdes (Cepevit K)
- Diazepam (Valium 5 et 10)
- Nitrazepam (Mogadon)
- Oxazepam (Séresta)
- Alimezanine (Théralène)
- Levopromazine (Nozinan)

En résumé, nous avons relevé 4 décès par intoxications volontaires pendant une période de 32 mois (1968-Septembre 1970). Parmi ces décès, deux étaient survenus avant l'admission. Les deux autres n'étaient pas dus directement à l'action du toxique :

- le premier était en rapport avec une hémorragie interne dont les symptômes cliniques avaient été masqués par ceux de l'intoxication,
- le deuxième était consécutif aux complications dus à l'alitement prolongé et à l'infection chez une femme obèse de 107 kg.



## II - DURÉE DU SEJOUR - MODES DE SORTIE

### A - Durée du Séjour

\* La durée du séjour varie en fonction de la gravité de l'intoxication. La plupart des intoxications volontaires aiguës sont moins graves qu'on ne l'appréhendait, en raison :

- soit de la faible toxicité du produit,
- soit d'une dose ingérée minime,
- soit d'un traitement évacuateur précoce.

Par ailleurs, dans l'attente d'un placement en clinique psychiatrique ou en maison de repos ou pour d'autres raisons, certaines intoxications bénignes ont bénéficié d'une hospitalisation prolongée.

\* Statistiquement la durée du séjour est inférieure à 7 jours dans les trois-quarts des cas, ne dépassant pas quatre jours dans la moitié des cas. De plus la durée d'hospitalisation n'excède pas trois jours pour 40 % des intoxiqués.

|                      |   |                 |
|----------------------|---|-----------------|
| 3 jours              | = | 40 %            |
| 4 jours              | = | 55 %            |
| 7 jours              | = | 77 %            |
| De 7 à 15 jours      | = | 18 %            |
| De 15 à 30 jours     | = | 3 %             |
| De 2 à 3 mois        | = | 9 intoxications |
| Consultation externe | = | 2 intoxications |

### B - Modes de sortie

La plupart des intoxiqués (60 %) ont regagné leur domicile habituel sous surveillance psychiatrique. L'admission en milieu psychiatrique a eu lieu pour 20 % des intoxiqués. Un intoxiqué sur dix environ a bénéficié d'un séjour en maison de repos.

|                                       |                                             |
|---------------------------------------|---------------------------------------------|
| Domicile .....                        | 64 %                                        |
| Milieu psychiatrique .....            | 24 %                                        |
| Maison de repos .....                 | 8 %                                         |
| Transfert dans un autre hôpital ..... | 20 cas                                      |
| Transfert dans un autre service       | { Médecine 16<br>Chirurgie 4<br>Maternité 3 |
|                                       |                                             |
|                                       |                                             |
| Fuite ou sortie volontaire .....      | 9 cas                                       |



### III - LES RÉCIDIVES

Symptôme révélateur d'une affection psycho-somatique, l'acte suicidaire peut être un symptôme évolutif émaillant d'une ou plusieurs récidives le cours de la "maladie suicidaire". Notre enquête épidémiologique analyse la fréquence des récidives, l'hospitalisation antérieure, le délai entre la précédente T.S. et la récidive, les moyens utilisés, les facteurs individuels.

#### 1) Nombre et fréquence des récidives de T.S.

Environ le quart de la population de nos suicidants sont des récidivistes d'actes suicidaires (194 cas). Parmi ceux-ci, 76 sujets (9 % des suicidants) ont été hospitalisés antérieurement au Centre anti-poison. L'interrogatoire a permis de dépister 118 autres récidivistes, certains ayant été hospitalisés dans un autre hôpital (psychiatrique ou non). La majeure partie des récidivistes (18 % des suicidants) n'avaient réalisé qu'une seule tentative antérieure.

| Hospitalisations antérieures pour T.S. au Centre anti-poison |  |    |
|--------------------------------------------------------------|--|----|
| Avant 1968 .....                                             |  | 20 |
| 1968 - 1970 (1er Septembre) .....                            |  | 56 |
| - 1 hospitalisation .....                                    |  | 41 |
| - 2 " .....                                                  |  | 3  |
| - 3 " .....                                                  |  | 1  |
| - 6 " .....                                                  |  | 1  |

| Nombre de récidives par suicidants |        |                  |
|------------------------------------|--------|------------------|
|                                    | nombre | % des suicidants |
| Une récidive .....                 | 149    | 18,5 %           |
| Deux " .....                       | 31     | 4 %              |
| Trois " .....                      | 9      | 1 %              |
| > Quatre " .....                   | 5      | 0,5 %            |

#### 2) Délai des récidives

La brièveté du délai est fréquente (50 % des récidives avant un an, 65 % avant la deuxième année, 85 % moins de cinq ans). Cette brièveté traduit le plus souvent le caractère



aigu de la maladie suicidaire, comme en témoigne la fréquence des délais inférieurs à 3 mois (20 % des récidivistes).

| Fréquence des délais < 3 mois en %<br>de récidivistes et de suicidants : |  |                |              |
|--------------------------------------------------------------------------|--|----------------|--------------|
|                                                                          |  | % récidivistes | % suicidants |
| Délai < 15 jours :                                                       |  | 7 %            | 1,7 %        |
| < 1 mois :                                                               |  | 11 %           | 2,6 %        |
| < 3 mois :                                                               |  | 20 %           | 5 %          |

### 3) Mode de T.S.

Nous avons pris en considération uniquement le mode de tentative de suicide le plus récent, en le comparant avec la T.S. actuelle.

Il appert du tableau ci-dessous qu'un toxique médicamenteux était utilisé dans les deux cas pour 75 % des récidivistes, les psycholeptiques étant les plus utilisés dans les deux cas (57 T.S.), dont la moitié de même nature (dans les deux cas : carbamates ou diazépines ou barbituriques, ou phénothiazines). L'identité de groupe ou de nature n'a pu être précisée pour 60 % des intoxications médicamenteuses.

La tentative précédente réalisée par des moyens brutaux (section de veines, pendaison, noyade, défenestration) représente 8 % des récidives. Dans une observation, une pendaison réanimée in extremis avait été précédée d'une intoxication médicamenteuse deux mois auparavant.

Une T.S. précédente par inhalation (gaz de ville ou butane) est retrouvée 11 fois suivie d'une récidive médicamenteuse et 2 fois de la même façon (inhalation).

| MÉDICAMENTS : 145    |               |                             | GAZ : 13                 | MOYENS<br>BRUTAUX : 18 |
|----------------------|---------------|-----------------------------|--------------------------|------------------------|
| PSYCHOTROPES : 57    | Inconnu<br>70 | Autres<br>Famili-<br>les 18 | TS précé-<br>dente<br>11 | Section : 7            |
| - Psycholeptiques 57 | 70            | 18                          | Aux deux<br>TS<br>2      | veines : 5             |
| (Même nature) 28     |               |                             |                          | T.noyade : 3           |
| - Autres Psycho-     |               |                             |                          | T.pendai- : 1          |
| tropes 18            |               |                             |                          | son : 2                |
| ---(Même nature) 5   |               |                             |                          | Défenestr. 1           |
|                      |               |                             |                          | Révolvéri- 2           |
|                      |               |                             |                          | sation                 |



## Facteurs individuels

### \* Etat-civil

Nos récidivistes sont la plupart de sexe féminin (77 %), en proportion supérieure à l'ensemble des intoxications ( $\frac{F}{H} = 3,5$  pour les récidivistes contre 2,5 pour tous les suicidants).

### \* Situation matrimoniale

Nous avons relaté dans le tableau suivant les différents aspects statistiques selon la situation matrimoniale en évaluant la fréquence dans chaque groupe de suicidants.

|                    | nombre de récidivistes |    | % des suicidants de même situation matrimoniale |      |
|--------------------|------------------------|----|-------------------------------------------------|------|
|                    | ♂                      | ♀  | ♂                                               | ♀    |
| Célibataires       | 26                     | 88 | 28 %                                            | 35 % |
| Mariés             | 18                     | 52 | 15 %                                            | 12 % |
| Veufs              | -                      | 5  | -                                               | 26 % |
| Divorcés - Séparés | 1                      | 4  | 7 %                                             | 20 % |

Nous trouvons le plus de récidivistes parmi les célibataires (33 % des suicidants) alors que la majorité des intoxiqués est mariée; ces intoxiqués mariés forment le groupe où les récidi- ves sont les moins fréquentes (16 %). Une veuve sur quatre et une divorcée ou séparée sur cinq ont récidivé une tentative de suicide.

### \* Age

| Age        | nombre |    | % des suicidants du même âge |      |
|------------|--------|----|------------------------------|------|
|            | ♂      | ♀  | ♂                            | ♀    |
| 15 - 19    | 9      | 31 | 20 %                         | 20 % |
| 20 - 29    | 20     | 55 | 26 %                         | 38 % |
| 30 - 39    | 8      | 29 | 20 %                         | 19 % |
| 40 - 49    | 5      | 20 | 15 %                         | 12 % |
| 50 - 59    | 1      | 9  | 5 %                          | 5 %  |
| 60 - 69    | 2      | 4  | 5 %                          | 3 %  |
| 70 et plus | -      | 1  | -                            | < 1  |



La grande majorité des récidivistes femmes et hommes a moins de 50 ans, avec une prédominance particulièrement nette chez la femme de 20 à 30 ans (38 % des suicidantes).

En conclusion la récurrence d'une tentative de suicide traduit une évolution aiguë d'un état suicidaire en relation ou non avec une affection psychosomatique. Pour quelques-uns de nos intoxiqués, la suppression momentanée des "stress" environnants par une hospitalisation, entraine dans la genèse de la récurrence. Nous citerons enfin deux observations de poly-récurrences.

Jean ..., 34 ans, s.d.f., vivant en concubinage, en chômage, éthylique chronique présentant une névrose hystérique, récurrence de nombreuses tentatives de suicide à l'occasion d'un épisode éthylique aigu, d'un conflit avec la concubine :

1967 : Tentative de noyade.

1968 : Mars - I.V. aux barbituriques (phénobarbital).

Juin - I.V. au phénobarbital + tentative de noyade.

Septembre : I.V. au Phénobarbital (gardénal = 12 gr.)  
ayant nécessité une épuration extra-rénale.

1969 : Juillet - I.V. au gaz de ville.

Août - I.V. au G.D.V. + phénobarbital (gardénal).

Septembre : I.V. au Valium (Diazepam) 300 mg.

Chaque tentative est suivie d'un internement en milieu spécialisé dont il ressort après un court séjour.

Marie ..., 44 ans, internée en milieu psychiatrique pour "névrose obsessionnelle" à la suite de ses poly-récurrences de T.S. La dernière en date a eu lieu au cours d'une permission dans sa famille.

1964 : I.V. aux barbituriques.

1965 : I.V. aux barbituriques (gardénal).

1966 : I.V. aux phénothiazines (nozinan).

1967 : Février - I.V. aux phénothiazines (théralène)

Novembre - I.V. aux phénothiazines (théralène)

1969 : I.V. aux phénothiazines (nozinan).

---



D E U X I È M E            P A R T I E

LES INTOXICATIONS AIGUES ACCIDENTELLES



Dans cette partie de notre étude, nous envisagerons sous le vocable "Intoxications aiguës accidentelles" (I.A.), les intoxications médicamenteuses ou non de l'adulte, survenues inopinément ou réalisées volontairement sans aucun mobile suicidaire. Dans cette dernière catégorie nous classons :

- les intoxications aiguës éthyliques de l'adulte jeune,
- les intoxications médicamenteuses par surdosage ou méprise quant à la nature, de la part de l'intoxiqué,
- les intoxications médicamenteuses iatrogéniques.

La fréquence des I.A. de l'adulte représente 3,5 % de nos admissions, soit 14 % des Intoxications de l'adulte. Comparativement à celui des intoxications de l'enfant, pendant la même période (280 cas), leur nombre est moitié moins important (144).

#### I - INTOXICATIONS AIGUES NON MÉDICAMENTEUSES

- I. au CO et aux gaz domestiques.
- I. alimentaires.
- I. éthyliques aiguës
- I. par produits agricoles.
- I. par produits ménagers.
- I. par d'autres produits chimiques.

#### II - INTOXICATIONS AIGUES MÉDICAMENTEUSES

- Intoxications par surdosage (méprise de l'intoxiqué).
  - Intolérances médicamenteuses.
  - Accidents allergiques.
  - Intoxications iatrogéniques.
-



## CHAPITRE PREMIER

### LES INTOXICATIONS AIGUES NON MÉDICAMENTEUSES

Quelques traits généraux se dégagent de l'analyse épidémiologique :

- La plupart des intoxiqués de ce groupe sont des hommes (72 ♂ contre 46 ♀), sauf pour les intoxications au gaz où l'élément féminin est le plus nombreux (31 ♀ pour 16 ♂).
- La fréquence d'âge de 15 à 30 ans représente 61 % de ces intoxications, 18 % de 30 à 50 ans, 8 % de 50 à 70 ans et une recrudescence de 70 à 90 ans (13 %) en rapport avec les intoxications au gaz.
- L'habitat urbain prédomine pour tous les groupes d'intoxications, hormis les intoxications par produits agricoles.
- L'époque de l'intoxication est caractéristique pour la plupart des modes d'intoxications :

|                                       |   |      |
|---------------------------------------|---|------|
| Intoxications au gaz : Octobre à Mars | = | 80 % |
| Hiver                                 | = | 50 % |

Intoxications alimentaires :

|               |   |      |
|---------------|---|------|
| Mai à Octobre | = | 95 % |
| Début Automne | = | 60 % |

|                                      |   |       |
|--------------------------------------|---|-------|
| Intoxications agricoles : Mai à Août | = | 100 % |
| Juin                                 | = | 50 %  |

Intoxications domestiques :

|               |   |      |
|---------------|---|------|
| Mai à Juillet | = | 73 % |
|---------------|---|------|

De plus, nous analyserons les intoxications éthyliques aiguës volontaires mais non réalisées dans un but ou au cours de tentative de suicide.



## I - INTOXICATIONS PAR GAZ DOMESTIQUES ET CO : 46

Il s'agit de gaz contenus dans des bouteilles mobiles à usage domestique (butane, propane), de gaz de ville ou de gaz de Lacq, ou d'autres produits libérant de l'oxyde de carbone par combustion.

Les intoxications accidentelles par gaz, principalement à base de CO représentent une fraction non négligeable des admissions du service (1 %) et des intoxications accidentelles de l'adulte (4 %) avec 47 observations. Cependant la distribution urbaine récente de gaz de Lacq (ne contenant pas de CO) a entraîné une diminution annuelle de ce genre d'intoxication (21 en 1968, 16 en 1969, 10 au 1er Septembre 1970). Nous analyserons l'état-civil de l'intoxiqué et les caractères de l'intoxication.

### 1) L'Intoxiqué

\* Il s'agissait principalement de femmes (31), toutes citadines, les autres intoxiqués hommes (16) se répartissent en 10 citadins et 6 ruraux.

\* En fonction de l'âge, 24 intoxiqués avaient moins de 30 ans, 9 de 30 à 60 ans, on notait une recrudescence de 60 à 90 ans (14 cas).

### 2) L'Intoxication

#### a) Epoque

Comme on pouvait le présager, 80 % de nos intoxications au gaz ont eu lieu en automne-hiver, dont 50 % en "janvier, février et mars".

#### b) Circonstances

\*\* La découverte de l'intoxiqué a été le plus souvent faite près d'un appareil de chauffage :

\* soit des appareils à charbon propice à la genèse du CO,

\* soit plus exceptionnellement de chauffage au butane (en principe gaz peu dangereux ne contenant pas de CO) mais, défectueux, pouvant en dégager par combustion incomplète,

\* soit par gaz de ville, mais comme nous l'avons déjà signalé, sa disparition au profit du gaz de Lacq (ne contenant pas de CO) a modifié la fréquence de ces intoxications.



**\*\* Parmi les circonstances particulières nous avons relevé :**

- \* 5 intoxications à l'occasion d'un bain pris précocement après le repas (1 heure) dans une pièce chauffée au gaz, mal ventilée (bouche d'aération colmatée, portes et fenêtres fermées, en raison d'une basse température extérieure). La plupart de ces intoxiqués (4 sur 5) avaient moins de 30 ans.
- \* 2 intoxications oxycarbonées par gaz d'échappement de tracteur et de voiture, en atmosphère fermée.
- \* 1 intoxication mixte par gaz de putréfaction après chute dans une fosse septique.
- \* 6 intoxications collectives de 2 ou 3 personnes, dont une après rupture d'une conduite de gaz dans la rue, et une en milieu de travail.

c) Gravité

**\*\* Mortalité**

- \* Un seul décès a été enregistré chez une femme de 58 ans trouvée inanimée dans sa caravane chauffée au gaz butane, décès constaté à l'arrivée dans le service. Le gaz butane peu dangereux en principe peut cependant libérer du CO par combustion incomplète dans un appareil défectueux.

**\*\* Aspects cliniques**

- \* Nous avons relevé un certain nombre de pertes de connaissance initiale avec conscience normale à l'admission. Il existait un coma pour 20 % des intoxiqués au gaz, ayant nécessité une assistance respiratoire pour 5 d'entre eux (soit 10 %). Tous les auteurs insistent, à ce sujet, sur l'intérêt du traitement des intoxications au CO par oxygénothérapie hyperbare en caisson, appareil que devrait posséder tout Centre anti-poison.
- \* Les intoxications au cours d'un bain étaient les plus graves. Par ailleurs, nous avons remarqué la gravité variable selon l'âge de l'intoxiqué. Ainsi au cours d'une intoxication collective, une femme de 66 ans a présenté des troubles mineurs, curables sous oxygénothérapie simple, l'autre, âgée de 77 ans, a présenté un coma et des phénomènes cardio-circulatoires ayant nécessité une réanimation intensive avec assistance respiratoire de 24 heures.
- \* Parmi les autres symptômes, nous avons relevé la



teinte cochenille classique dans la plupart de nos intoxications, ainsi que des troubles cardio-vasculaires (*hypotension, tachycardie, ischémie myocardique rapidement résolutive, troubles de l'excitabilité myocardique, plus grave notamment dans une observation : femme de 26 ans ayant présenté au décours de son intoxication oxycarbonée, une tachyarythmie par fibrillation auriculaire transitoire, avec normalisation de l'électrocardiogramme au 2ème jour comme au contrôle du 15ème jour*).

- \* Au cours de l'évolution de ces intoxications, la surveillance effectuée par le service, outre les examens cliniques, portait sur les examens journaliers suivants : ECG, kaliémie, glycémie, examens enzymatiques (transaminases, lactico-déshydrogénase) et un dosage de carboxyhémoglobine.

## II - INTOXICATIONS ALIMENTAIRES : 20

Hormis les toxi-infections alimentaires par salmonelloses non répertoriées à ce titre mais sous la rubrique de maladies infectieuses, nous avons relevé 20 observations d'intoxications alimentaires. Parmi celles-ci, certaines relevaient davantage d'une "intolérance alimentaire", leur survenue non collective en étant l'un des signes évocateurs. D'autres, par contre, dues à des champignons vénéneux ont présenté un aspect clinique collectif souvent grave.

### 1) Intoxications par aliments contaminés : 8 cas

- \* 4 toxi-infections staphylococciques avec gastro-entérite apyrétique précoce ont été confirmées bactériologiquement.
- \* 4 toxi-infections avec gastro-entérité précoce non fébrile avaient une analyse bactériologique normale.
- \* Dans les 8 cas, les aliments en cause étaient de la pâtisserie ou de la charcuterie (rillettes, boudins).

### 2) Intoxications par champignons : 12

Les intoxications par champignons (collectives à 3 reprises) ont eu lieu en Septembre (3) et Octobre (9). Nous les avons classé en fonction de la durée d'incubation et des principaux symptômes observés :

#### a) Incubation courte (de 1 à 6 heures) : 10 cas

##### \* Syndrome résinoïdien : 9

Le plus fréquent chez nos intoxiqués, d'évolution rapidement favorable, 2 fois collectif, la nature du



champignon n'a pu être précisée exactement. Mais on sait que des lactaires, des russules, des bolets et certains clavaires (*Cl. olearia*) sont à l'origine du syndrome résinoïdien banal (les syndromes pardinien et lividien n'étaient pas en cause).

\* Syndrome coprinien : 1

- Un cas fut observé après ingestion d'une grande quantité de coprins "*Atramentarius*" cueillis par l'intoxiqué.
- Ce syndrome coprinien (encore dénommé nitritoïdien ou anaphylactoïde) rappelle l'effet antabuse ou le syndrome vasomoteur de quelques sulfamides hypoglycémifiants, par ses symptômes.
- Les boissons alcoolisées augmentent la réaction chez les sujets sensibilisés, ou la déclenchent chez les sujets plus résistants, comme ce fut le cas de notre observation :

*L'ingestion de ce champignon au dîner n'entraîna pas de troubles particuliers. A la suite de l'absorption d'un verre de vin, le lendemain, dans la matinée, est survenue brutalement une crise nitritoïde : vasodilatation intense, tachycardie, hypotension artérielle, lipothymie. L'évolution fut favorable et le malade quitta le service après plusieurs jours d'observations.*

b) Incubation longue (+ de 6 heures) : 2 cas

- \* Un syndrome phalloïdien fut observé chez 2 personnes, mari et femme, après ingestion de champignons de nature précise non déterminée, cueillis par un voisin.
- \* Après une incubation de 8 heures, le début de l'intoxication fut progressif avec atteinte de l'état général, troubles digestifs sévères (gastro-entérite), déshydratation et troubles hydroélectrolytiques (hyponatrémie : Na = 125 Meq, hyperkaliémie : K = 5,2). Une hépatonéphrite subictérique fut plus importante chez l'homme que chez la femme (proportionnelle à la dose ingérée). Les principaux examens de laboratoire montraient :
  - chez l'homme :
    - Transaminases : SGOT = 2150  
SGPT = 2000
    - Cholestérol : 1 gr 30
    - Taux de prothrombine : 34 %
    - Glycémie : 1 gr (sous perfusion de sérum glucosé)
    - Urée : 0,70 gr
    - Hématurie microscopique et faible protéinurie



- chez la femme :
  - Transaminases : SGOT = 106  
SGPT = 930
  - Cholestérol : 1 gr 50
  - Taux de prothrombine : 65 %
  - Glycémie : 1 gr 10 (sous perfusion de sérum glucosé)
  - Urée : 0 gr 60
  - Hématurie microscopique et discrète protéinurie

L'évolution fut lentement favorable. Un contrôle biologique hépatique et rénal réalisé trois mois plus tard, n'a décelé aucune séquelle.

### III - INTOXICATIONS ETHYLIQUES AIGUES : 15

Elles ont la particularité de survenir chez l'homme (15 cas) très jeunes, tous ayant moins de 25 ans, (12 moins de 20 ans et 3 moins de 18 ans) et étant célibataires. Parmi les circonstances nous retrouvons le plus souvent une ingestion massive de boissons alcoolisées à l'occasion de festivités entre jeunes ou de paris stupides. L'ingestion d'un alcool (cognac, whisky, eau-de-vie) est le mode le plus fréquent (11 cas) l'association alcools, vins ou bières n'est retrouvée que pour 4 cas.

Tous les intoxiqués présentaient un coma plus ou moins profond, le plus souvent agité. Biologiquement l'alcoolémie allait de 1 gr 20 à 2 gr 50; une seule hypoglycémie (0,60 gr) a été notée chez un sujet de 24 ans aux antécédents d'intempérance chronique, après période de jeûne.

### IV - INTOXICATIONS PAR PRODUITS AGRICOLES : 12

- \* Au nombre de 12 dans notre statistique (10 % des I.A. non médicamenteuses), ces intoxications étaient toutes dues à l'inhalation et à l'absorption cutanée d'insecticides organophosphorés (parathion, primine), survenant uniquement chez des sujets masculins jeunes (< 25 ans), à la transition printemps-été (Mai, Juin, Juillet), dont la moitié au mois de Juin. Toutes ces intoxications étaient d'ordre professionnel (accident de travail).
- \* Parmi les circonstances de ce type d'intoxications nous avons relevé dans tous les cas une négligence des intoxiqués qui étaient avertis du danger et des mesures de protection : (pulvérisation du produit sans la tenue obligatoire de protection, pour certains en atmosphère fermée (serres) avec



un temps prolongé d'exposition. Un accident collectif fut noté à deux reprises. Un intoxiqué fut admis pour la même cause à 3 reprises (une par année d'observation).

La majorité de ces intoxications furent graves nécessitant un lavage cutané énergique, l'injection d'antidotes spécifiques (contrathion, atropine), une surveillance biologique (dosage de l'activité cholinestérasique du sang) et surveillance clinique de plusieurs jours. Un cas grave a nécessité une assistance respiratoire de 24 heures. Dans une autre observation, nous avons relevé des anomalies rénales transitoires (néphrite non hypertensive avec hyperazotémie et protéinurie) qui avaient disparu à des contrôles ultérieurs (3ème mois).

Il s'agit d'une intoxication fréquente dans notre région à orientation horticole et suffisamment grave pour que soit rappelé la réglementation en vigueur concernant l'utilisation de ces produits organo-phosphorés : port du masque, revêtements protecteurs ...).

#### V - INTOXICATIONS PAR PRODUITS MÉNAGERS : 11

Les intoxications par produits domestiques au nombre de 11 (10 % des intoxications accidentelles non médicamenteuses) relevaient toutes sauf deux de l'inconscience et de la méprise des sujets : ingestion d'un toxique ménager transvasé dans une bouteille à usage courant (boissons). Il s'agissait principalement d'hommes (7/9) désireux d'étancher rapidement leur soif sans vérifier le contenu du flacon. Presque toutes ces I.A. (8/9) sont survenues en Mai-Juin-Juillet. La nature du toxique était la suivante :

##### 1) Produits de Lessive : eau de Javel : 5 cas

\* 4 intoxications par ingestion : toutes à très faible dose d'un liquide dilué. Absence de lésions à l'examen O.R.L. ou à la radiographie barytée digestive.

\* 1 intoxication par projection d'eau de Javel concentrée à la suite de l'explosion d'une bonbonne de 35 litres au cours d'une manipulation professionnelle. Un lavage hydrique cutané et oculaire abondant a permis d'éviter des lésions profondes, les symptômes se résumant, mis à part l'élément douloureux, à une irritation cutanée et conjonctivale.

##### 2) Produits de nettoyage : ammoniacque : 1 cas

Ingestion aux suites bénignes d'ammoniacque chez un homme de



60 ans croyant couper du vin blanc avec son eau de boisson (absence de lésions radiologiques).

3) Produits d'entretien : 5 cas

Ils furent à l'origine d'une I.A. grave par détachant.

\*\* Détachants : 4

\* Le trichloréthylène était la fraction la plus toxique pour 2 I.A. réalisées par ingestion de détachant, à très faible dose, de symptomatologie relativement bénigne. La 3ème intoxication par ce solvant chloré, grave cliniquement, eut lieu par inhalation et absorption cutanée dans une atmosphère fermée (blanchisserie) avec un temps d'exposition de 30 minutes, chez un jeune homme de 15 ans.

\* Le xylène, fraction la plus toxique d'un détachant bu par erreur en faible proportion, n'entraîna pas d'intoxication grave.

\*\* Décapants de peinture : 1

Nous avons relevé une intoxication d'évolution rapidement favorable, sans séquelles, par absorption liquidienne d'une faible quantité de décapant de peinture à base de chlorure de méthylène (solvant chloré).

VI - INTOXICATIONS PAR D'AUTRES PRODUITS CHIMIQUES : 13

1) Vapeurs de chlore : 12

Des émanations abondantes de vapeurs chlorées sont à la genèse d'une intoxication collective dans une usine angevine. Une erreur professionnelle en est la cause. Vidange accélérée et simultanée (cette évacuation est normalement faite alternativement) en raison de la fermeture proche pour congés annuels; vidange de 2 cuves contenant un produit riche en chlore.

Heureusement, à part une crise de suffocation, il n'y eut pas à déplorer d'évolution fâcheuse pour les 12 intoxiqués. Cependant un Insuffisant respiratoire chronique plus touché que les autres fut gardé quelques jours en observation.

2) Vapeurs de minium : 1

Malaise avec syncope au cours d'un travail effectué dans une cuve (atmosphère fermée), température ambiante



élevée, durée d'exposition de 3 heures), travail par peinture à base de minium, au pistolet. Il semble que les ma-  
laises observés (syncope) soient à mettre plus sur le compte  
de la raréfaction de l'oxygène que sur les émanations toxiques de la peinture au minium (à base de plomb).

|                                        |
|----------------------------------------|
| LES INTOXICATIONS MÉDICAMENTEUSES : 26 |
|----------------------------------------|

Nous avons groupé dans ce chapitre :

- les intoxications médicamenteuses purement accidentelles (allergie, intolérance),
- les intoxications volontaires par surdosage, non réalisées dans un but suicidaire, mais pour la plupart dans un but antalgique, par erreur chez un débile mental, par abus de laxatifs chez une intoxiquée,
- les intoxications iatrogéniques (c'est-à-dire engendrées par le médecin).

I - INTOXICATIONS MÉDICAMENTEUSES PAR SURDOSAGE : 8

1) Visée antalgique

Au nombre de 6, la plupart de ces intoxiqués étaient de sexe féminin (4 sur 6), tous ayant moins de 25 ans.

- \* La cause antalgique était d'origine dentaire pour 3 sur 6 intoxiqués, d'origine catamhenniale pour 1 intoxiquée, de lombalgie pour 1 cas et d'accès fébrile méningée pour 1 autre observation.
- \* Les salicylés étaient les plus souvent utilisés (5 dont une association cortisonique) puis des barbituriques pour l'autre.

2) Erreur

Un Mongolien de 17 ans, avait avalé un nombre indéterminé de comprimés d'anti-coagulants (Tromexane) ayant entraîné une chute du taux de prothrombine à 50 %, au 3ème jour, sans syndrome hémorragique cliniquement décelable.



### 3) Abus de laxatifs

Nous avons noté une intoxication sévère par abus de laxatifs, dont les manifestations aiguës sont apparues à l'occasion d'une spoliation liquidienne (gastro-entérite) se traduisant sur le plan biologique par une hypokaliémie grave ( $K = 1,7$ ; Potassium échangeable = 19 meq/kg; la normale étant de  $35 \pm 5$  meq/kg).

## II - INTOLÉRANCES MÉDICAMENTEUSES : 6

Il s'agit plutôt d'incidents, tous d'ordre neurologique relevés pour 6 intoxications, se traduisant soit par un syndrome extrapyramidal (5 cas) ou une paraparésie des membres inférieurs (1 cas).

### 1) Σ extrapyramidal

Nous avons relevé 5 observations de dystonie d'attitude (torticolis, trismus, crises tétaniformes localisées) après prise ou injection de Fluphénazine (Moditen : 3 cas), de Thléthylpérazine (Torecan : 1 cas), et de Benperidol (Frénactil : 1 cas). L'un de ces intoxiqués était adressé pour suspicion de tétanos. Ces accidents méritent d'être connus car ils sont la source d'erreurs diagnostiques alors qu'il y a possibilité de faire céder rapidement ces anomalies par injection d'anti-parkinsonien (Diparcol).

### 2) Paraparésie

Un curarisant en suppositoire (Amxoperan) a entraîné une parésie transitoire des membres inférieurs.

## III - ACCIDENTS ALLERGIQUES : 5

Un accident allergique grave (choc anaphylactique) au décours d'une sérothérapie est répertorié au paragraphe des intoxications iatrogéniques. Nous envisageons les accidents allergiques selon la nature du toxique responsable.

### 1) Carbamate

Un rash scarlatiniforme, prurigineux, apyrétique, localisé au niveau de la racine des quatre membres, a été observé après une première prise d'hexapropymate (Mérinax).

### 2) Hypnotiques-Barbituriques

Des réactions allergiques diverses ont été observées fréquemment au cours des Intoxications barbituriques à mobile suicidaire. Hormis ce cadre, nous avons noté



l'apparition d'une érythrodermie généralisée fébrile après la prise de 20 cg de vinbarbital (Sonuctane) par un asthmatique.

### 3) Céphaloridine (Céporine)

Un Lycéen de 17 ans a présenté une érythrodermie fébrile généralisée aussitôt après une injection parentérale de Céporine pour ~~se~~ méningé. Un Test de Transformation Lymphoblastique (T.T.L.) pratiqué dans le Service d'Allergologie (Pr. MENARD) confirmait la sensibilisation à cette céphalosporine.

|          |              |   |        |
|----------|--------------|---|--------|
| T.T.L. : | Témoin       | = | 9,8 %  |
|          | Extencilline | = | 84,5 % |
|          | Pénicilline  | = | 9,5 %  |
|          | Céporine     | = | 84,5 % |

### 4) Salicylés-Amydopirine

Un choc anaphylactique grave est relevé chez une femme ayant déjà présenté à deux reprises les deux mois précédents, des manifestations allergiques mineures après prise de salicylés (Aspirine). Cette fois-ci, elle avait associé un salicylé (Aspirine) et de l'amydopirine (Salgydal). Le T.T.L. montrait :

|          |   |        |
|----------|---|--------|
| Témoin   | = | 6,4 %  |
| Aspirine | = | 10,3 % |
| Salgydal | = | 13,3 % |

### 5) Imipraminique-Indométacine

Un rhumatisant ayant déjà une allergie à l'aspirine, a présenté un rash scarlatiniforme apyrétique s'accompagnant d'une oppression thoracique avec dyspnée, d'un oedème de Quinke, et d'une poussée hypertensive à l'occasion de l'absorption de l'association médicamenteuse suivante : opipramol (Insidon), Indométacine (Indocid).

## IV - INTOXICATIONS IATROGÉNIQUES : 7

Elles sont dues à une erreur thérapeutique indépendante de l'intoxiqué.

### 1) Insuline

\* Dans une observation, une femme diabétique de 81 ans, reçut 250 Unités d'Insuline au lieu de 25 U.; une perfusion immédiate de sérum glucosé hypertonique permit d'éviter une évolution fâcheuse (la glycémie étant tombée à 0,50 gr malgré la perfusion).



\* Dans l'autre observation, une injection de 200 Unités d'Insuline au cours d'une cure de Sakel pour anorexie mentale, entraîna un coma prolongé malgré un traitement précoce de sérum glucosé hypertonique et de glucagon, la glycémie se maintenant à 0 gr 32 après 2 heures de ce traitement. La glycémie est revenue à la normale 8 heures après l'injection d'Insuline. Mais pendant les 48 heures suivantes l'état de l'intoxiquée fut très précaire, passant par des alternatives de coma carus et de crises convulsives. L'évolution fut finalement favorable grâce à une réanimation intensive avec assistance respiratoire de 36 h. Le diagnostic de coma secondaire par oedème cérébral a été envisagé : cet oedème serait dû à une hyperhydratation cellulaire consécutive à l'hypotonie plasmatique engendrée elle-même par l'hypoglycémie.

## 2) Sérothérapie préventive anti-tétanique

Un sujet correctement vacciné, à l'occasion d'une blessure légère reçoit une sérothérapie préventive anti-tétanique, d'origine animale, alors qu'un rappel eut suffi. Au cours de cette sérothérapie par la méthode de Besredka, apparaît une réaction focale (érythème) dès la première injection. La sérothérapie est cependant poursuivie sans autres incidents. Quelques heures plus tard, alors que le sujet dînait, son menu comportant entre autre de la charcuterie à base de viande de porc et de cheval (saucisse), est survenu brutalement un grand choc anaphylactique avec syncope qui a pu être récupéré grâce à une réanimation immédiate et intensive.

## 3) Morphine

Une femme de 82 ans admise en service spécialisé pour un oedème aigu pulmonaire reçoit une injection parentérale de 2 cg de morphine. Elle présente rapidement un coma et une dépression respiratoire intense avec bradypnée à 4/mn. Avant d'envisager une ventilation assistée après intubation chez une personne de 82 ans, un antidote spécifique (Nalorphine) est administré, entraînant une disparition spectaculaire et rapide de la bradypnée et une émergence du coma en une demi-heure.

## 4) Neuroleptique - Barbiturique - Tranquillisant

Une jeune fille de 28 ans, à l'occasion d'une crise nerveuse reçoit par son médecin appelé à domicile, une injection parentérale polymédicamenteuse :

- Hypnotique-barbiturique : phénobarbital (gardénal)  
20 cg



- Tranquillisants : hydroxyzine (atarax)
- Neuroleptique phénothiazinique : levopramazine  
(nozinan)

La potentialisation de ces drogues entraîne rapidement un coma profond nécessitant son admission dans le service pour une épuration par diurèse forcée et une surveillance clinique.

5) Inhibiteurs de la mono-amino-oxydase (IMAO) et Imipramine

Une modification de traitement thymoanaleptique par un psychiatre sans les précautions usuelles entraîna chez une jeune femme de 25 ans un état de choc gravissime avec coma carus, contractures généralisées, trismus, mouvements choréïques. L'évolution fut favorable dans le service sous surveillance clinique et électronique (monitoring) et épuration du toxique.

Les circonstances particulières de l'intoxication étaient les suivantes :

- le traitement thymoanaleptique comportait la prise espacée dans la journée de 3 comprimés de Nialimide (Niamide) depuis plus d'un mois. Au cours d'une visite à son psychiatre, celui-ci ajoute à sa prescription antérieure la prise de 1 comprimé le soir de chlorimipramine (anafranil). Le soir même, 1 heure après la prise de 1 comprimé de niamide et d'anafranil, survenue d'un état de choc.

6) Tranquillisants (Diazepam + Méprobamate) + Barbituriques (phénobarbital)

Cette polyassociation médicamenteuse était prescrite en milieu hospitalier chez un homme de 81 ans pour douleurs atroces post-zostériennes. Le traitement comportait 30 mg de Diazepam (valium), 20 cg de phénobarbital (gardénal) : 400 mg de méprobamate (équanyl) en injection parentérales. Cette thérapeutique a entraîné chez ce vieillard des troubles progressifs de la conscience, un encombrement broncho-pulmonaire, une dépression respiratoire, aboutissant à une issue fatale au cours du transfert vers le Centre anti-poison.

---



## RÉSUMÉ DE L'ENQUÊTE EPIDÉMIOLOGIQUE

Au terme de cette enquête épidémiologique, il convient de résumer les principaux aspects permettant :

- \* de mieux cerner la personnalité de l'intoxiqué volontaire :
  - selon son état-civil,
  - selon ses antécédents psychosomatiques,
  - selon son contexte familial et social,
- \* de déterminer les causes directes de son acte et les circonstances de réalisation (époque, modes de transfert, nature du toxique),
- \* d'analyser l'évolution (durée de séjour, modes de sortie, récidives),
- \* d'envisager des méthodes prophylactiques et curatives afin de diminuer le nombre et la gravité de ces intoxications volontaires comme des intoxications accidentelles.

### A - FRÉQUENCE GÉNÉRALE

Les intoxications aiguës de l'adulte au Centre anti-poison d'ANGERS, de Janvier 1968 au 1er Septembre 1970, sont au nombre de 1010 pour 4110 admissions (24 %) contre 280 intoxications d'enfants de moins de 15 ans.

### B - INTOXICATIONS AIGUES VOLONTAIRES

Les intoxications aiguës volontaires par tentative de suicide viennent en premier lieu avec 866 cas (85 % des intoxications aiguës de l'adulte). Leurs caractères propres sont les suivants :

#### L'INTOXIQUÉ

\* Majorité féminine (589 ♀ pour 231 ♂). Le rapport  $\frac{F}{H}$  est



voisin de celui de VEDRINNE au centre toxicologique de Lyon, et de celui de SCRIBE au centre de réanimation d'Amiens.

- \* Davantage d'intoxiqués mariés (50 %, proportion retrouvée dans les autres statistiques) dans un rapport identique aux nombres d'intoxiqués, selon le sexe ( $\frac{F}{H} = 2,5$ ). Les célibataires ont moins de 20 ans (62 % des I. célibataires) principalement de sexe féminin ( $\frac{F}{H} = 4$  contre 2,6 pour tous les intoxiqués). Il y a plus de veuves que de veufs ( $\frac{F}{H} = 4,8$ ), les intoxiqués des 2 sexes représentant 3 % du  $\frac{H}{H}$  nombre total d'intoxiqués.
- \* 60 % habitent Angers et sa périphérie, 34 % la campagne, 5 % deux sous-préfectures (Cholet et Saumur).
- \* 68 % des intoxiqués ont moins de 35 ans, 47 % moins de 25 ans et 27 % moins de 20 ans. Pour les âges plus avancés nous avons trouvé : 9 % de 45 à 54 ans; 4,5 % de 55 à 64 ans; 3,5 % de 65 ans et plus. Chez les hommes, le pourcentage est sensiblement identique de 15 à 30 ans (18 %), alors que 50 % des femmes ont moins de 25 ans et 30 % moins de 20 ans, le décalage étant ensuite très important chez les femmes.
- \* La profession de l'intoxiqué a pu être déterminée pour une partie seulement de nos intoxiqués (300). Pour ces cas, nous trouvons :
  - 27 % d'étudiants (scolaires, bacheliers, étudiants),
  - 21 % d'ouvriers (7 % pour 2 grandes usines d'Angers où est pratiqué le travail à la "chaîne"),
  - 8 % d'employés de commerce, 8 % d'employés de bureau, 8 % d'employés de maison,
  - 5,5 % dans les services médicaux sociaux (dont 3,5 % d'auxiliaires médicales).

## ANTÉCÉDENTS PSYCHO-SOMATIQUES

### 1) Antécédents somatiques

\*\* 36 % de nos intoxiqués avaient des antécédents somatiques qui étaient récents pour 30 % des suicidants, et de nature chirurgicale pour 20 %.

\*\* Par fréquence étiologique, il s'agissait de :

|                 |   |        |
|-----------------|---|--------|
| - Dysmenhorrées | = | 53 cas |
| - Epilepsie     | = | 45 "   |
| - Asthme        | = | 12 "   |



- Tuberculose pulmonaire = 18 cas
- Obésité = 10 "
- Lithiase vésiculaire opérée = 9 cas
- Ulcères gastro-duodénaux = 7 "
- Affections thyroïdiennes = 6 "

\*\* Selon le sexe, les antécédents majeurs étaient :

- \* chez l'homme : neurologiques (épilepsie), pulmonaires, digestifs (ulcères et gastrectomie).
- \* chez la femme : gynéco-obstétricaux (18 % des suicidantes), endocrino-nutritionnels, digestifs (lithiase vésiculaire, hernie hiatale).

## 2) Antécédents psychiatriques

- \* Séjour en milieu psychiatrique : 13 % des intoxiqués dont 4 % depuis moins de deux ans.
- \* Affections psychiatriques graves diagnostiquées par spécialistes :
  - Psychoses : 24 cas (16 schizophrénies, 8 dépressions mélancoliques).
  - Névroses : 18 cas.

## CONTEXTE SOCIO-FAMILIAL

- 3,5 % d'intoxiqués étaient issus d'une famille nombreuse (> 5 frères et soeurs) et 1 % avec plus de 10 frères et soeurs.
- 10 % de carences familiales : par décès de l'un des parents : 6,5 % d'intoxiqués de moins de 30 ans; par séparation ou divorce des parents : 6 % des suicidants jeunes (< 30 ans).
- 7 % de carences conjugales (séparation, divorce).
- 5 % des intoxiqués de moins de 30 ans vivaient dans un milieu extra-familial (assistance publique, foyer de l'enfance, foyer maternel, etc...).

## FACTEUR DÉCLENCHANT

\*\* Terrain au moment de l'acte

- \* Ethylisme : 15 % des suicidants jeunes (< 30 ans).  
La T.S. a été réalisée pour 25 % des éthyliques au cours d'un épisode aigu, et pour 7 % après un sevrage prolongé et une reprise de l'intempérance.
- \* Grossesse :  
Intoxiquées célibataires : 9 % de moins de 30 ans  
(8 % < 20 ans)  
Intoxiquées mariées : 18 % de 20 à 25 ans.



## \*\* Mobile direct

Par ordre de fréquence nous avons relevé : un trouble psychiatrique passager (dépressions : 160), une cause conjugale (140 cas), familiale (80), sentimentale (60), socio-professionnelle (55). Parmi les causes médicales dont la fréquence est plus rare qu'il n'était prévisible, une affection carcinologique était connue de 3 intoxiqués, une insuffisance respiratoire chronique était en voie de décompensation chez 2 sujets; un zona récent avait déterminé une tentative de suicide sans mobile antalgique direct. Enfin, 5 femmes se sont intoxiquées en raison de leur stérilité.

## CIRCONSTANCES DE RÉALISATION DE LA T.S.

### 1) Epoque - moment - transfert

- \* Les intoxications volontaires aiguës ont eu lieu principalement en Mars et Avril puis en Octobre et Novembre, les mois de Février et Juin ayant la fréquence la plus basse.
- \* Nous avons relevé le plus haut chiffre d'admissions pour I.V. les Mercredis, Vendredis et Samedis, les plus bas les Jeudis et Dimanches.
- \* L'heure d'admission se situe entre 10 et 24 h. pour 76 % de nos cas, avec des recrudescences nettes à 10 h., 13 h., 20 h. et 22 h.; le délai d'admission étant inférieure à 5 heures pour 68 % des cas.
- \* Il semble exister une influence du mois-anniversaire sur le mois d'intoxication, ayant relevé 10 % de cas dont certains le jour même de leur anniversaire.
- \* Le transfert a eu lieu par ambulance civile. Cependant, en raison de décès survenus au cours de ce mode de transport et de l'information du public et du médecin, depuis Janvier 1969, plusieurs dizaines de transferts par l'antenne mobile du service a permis de supprimer les risques.

### 2) Toxique

- \* Un médicament était à l'origine de 94 % de nos intoxications volontaires contre 3,3 % pour les T.S. par inhalation et 2,7 % par moyens brutaux). 70 % des intoxications étaient isolées, 25 % associaient 2 produits et 4 % 3 produits.
- \* Parmi ces médicaments, les plus fréquents étaient : les psycholeptiques isolés dans 55 % des I.V., intervenant dans 85 % des I.V., les hypnotiques et les



tranquillisants étant responsables respectivement de 29 % d'isolés, 41 % d'associés; et 14 % isolés, 33 % associés.

\* Par groupes ou toxiques intervenant le plus dans nos intoxications volontaires nous avons noté :

- les barbituriques : 38 % des intoxications
- le diazepam (valium) : 17 %
- les phénothiazines : 14 %
- les imipraminiques : 9 %
- les carbamates : 8 %
- les salicylés : 7 %

\* Sur le plan clinique : 44 % présentaient un coma, carus pour 9 %. Une hypotension était relevée dans 20 % des cas et un collapsus cardio-vasculaire dans 6 %.

\* Sur le plan thérapeutique, un lavage gastrique a été réalisé pour 31 % des intoxiqués, supérieur à 20 litres pour 2 % environ. Une respiration assistée fut nécessaire pour 15 % des cas, supérieure à 24 heures pour 6 % et à 4 jours pour 2 % environ. Une épuration extrarénale par dialyse péritonéale fut nécessaire pour 7 intoxications graves (4 pour I. Barbiturique > 10 gr; 1 pour I. Salicylé de 45 gr; et 1 pour polyassociation médicamenteuse).

## EVOLUTION

### Durée du séjour - Modes de sortie

- \* Elle n'a pas dépassé 3 jours pour 40 % des cas; 55 % des intoxiqués étaient sortis au 5ème jour et 77 % au 7ème jour.
- \* 64 % regagnèrent leur domicile sous surveillance médicale ou psychiatrique, 24 % entrèrent en milieu spécialisé et 8 % en maison de repos.

### Récidives

- \* 25 % de nos suicidants récidivaient une T.S.; 9 % étant déjà venu dans le service pour la même raison. Globalement 18 % des intoxiqués en étaient à la première récidive, 4 % à la 2ème.
- \* Nous avons remarqué le bref délai séparant la récidive de la T.S. précédente :

|      |               |          |
|------|---------------|----------|
| 50 % | des récidives | < 1 an.  |
| 65 % |               | < 2 ans. |
| 85 % |               | < 5 ans. |



En particulier 5 % des suicidants (20 % des récidivistes) ont réitéré dans les 3 mois, dont 3 % environ dans le mois qui suivit la 1ère T.S.

- \* La plupart (75 % des récidivistes) ont pris un médicament dans les 2 cas, 8 % ayant utilisé un moyen brutal auparavant (section de veines, défenestration, tentatives de noyade, de pendaison, d'asphyxie).
- \* Selon l'état-civil : 77 % était de sexe féminin (prépondérance plus forte que pour l'ensemble des intoxications volontaires) et surtout célibataires (33 % des intoxiqués célibataires). Une veuve sur 4 récidivait une T.S., 16 % des intoxiqués mariés et 1 divorcée ou séparée sur 5. 93 % avaient moins de 50 ans, dont 38 % des suicidantes et 26 % de suicidants de 20 à 30 ans.

### Décès

2 décès sont survenus au cours du transfert par ambulance civile.

Les 2 autres décès constatés dans le service étaient indirectement liés à l'intoxication :

- dans un cas, une femme de 45 ans est décédée d'une hémorragie interne par rupture du dôme vésical consécutive à des manoeuvres particulières par l'intoxiquée.
- dans l'autre, les complications infectieuses et l'alitement prolongé (15 jours), au cours d'une poly-intoxication médicamenteuse ont entraîné le décès chez cette femme obèse de 107 kg.

## C - LES INTOXICATIONS AIGUES ACCIDENTELLES

Elles représentent 3,5 % des admissions, 14 % des intoxications aigues de l'adulte, et comparativement moitié moins que les intoxications de l'enfant avant 15 ans.

### A - INTOXICATIONS NON MÉDICAMENTEUSES

Elles sont toutes sauf une (Intoxication éthylique aiguë) purement accidentelles, représentant 118 observations.

1) Sur un plan général, à l'inverse des I.V.A., les hommes sont les plus nombreux (72 ♂ contre 46 ♀) sauf pour les intoxications au gaz domestique (31 ♀, 16 ♂).

- \* 61 % ont moins de 30 ans, 18 % de 30 à 50 ans, 8 % de 50 à 70 ans, mais 13 % de 70 à 90 ans (cette recrudescence étant liée à la nature de l'intoxication : gaz domestique).



\* Selon l'époque une modalité d'I.A. prédomine :

- I. au gaz : Automne-Hiver
- I. agricoles : Printemps-Eté
- I. alimentaires : Eté-Automne
- I. par produits domestiques : Eté

## 2) Intoxications par gaz domestiques et CO

Nous avons remarqué une diminution annuelle depuis la mise en distribution urbaine progressive du gaz de Lacq qui ne contient pas de CO : 21 en 1968, 16 en 1969, 10 en 1970.

50 % de ces intoxications ont eu lieu en Hiver, 85 % en Automne-Hiver.

Parmi les circonstances particulières nous avons relevé la certaine fréquence des intoxications à l'occasion d'un bain pris précocement après un repas dans une pièce chauffée, non ventilée (5 cas sur 46). Un décès à l'admission a été constaté. Cliniquement, 20 % des intoxiqués présentaient un coma qui nécessitait une assistance respiratoire après intubation pour 10 % des intoxiqués.

## 3) Intoxications alimentaires

Au nombre de 20 essentiellement dominées par la gravité et la fréquence des intoxications par champignons vénéneux (12 cas tous observés en Septembre et Octobre). Les intoxications les plus graves par champignons toxiques réalisaient :

- un syndrome coprinien (effet antabuse),
- deux syndromes phalloïdiens (chez le mari et la femme) avec hépatonéphrite plus grave chez l'homme, en rapport avec la quantité ingérée (Transaminases SGOT = 2150, SGPT = 2000).

L'évolution dans le service fut favorable et un contrôle biologique hépatique et rénal ne montrait pas d'anomalies au 3ème mois.

## 4) Intoxications éthyliques aiguës

Elles ont été notées chez des hommes jeunes de moins de 24 ans (8 moins de 18 ans) en état d'ivresse éthylique aiguë à l'occasion de festivités entre jeunes ou de paris stupides.

## 5) Intoxications par produits agricoles

Au nombre de 12, dues à des produits organo-phosphorés (parathion, primine), réalisées en Mai, Juin, Juillet, chez des sujets masculins jeunes, ayant une profession horticole, elles



ont toutes été occasionnées par une négligence professionnelle (défaut d'application des mesures légales professionnelles) : absence de la tenue de protection, pulvérisation en atmosphère fermée (serres) pour certaines avec exposition prolongée. Leur évolution fut grave mais favorable grâce à une thérapeutique appropriée.

#### 6) Intoxications par produits ménagers

A part une intoxication professionnelle imprévisible (explosion d'une bonbonne d'eau de Javel), et une intoxication accidentelle grave par fuite de trichloréthylène (solvant chloré très dangereux) dans une blanchisserie, les 9 autres étaient dues à l'inconscience de l'intoxiqué prenant pour boisson un liquide toxique (eau de Javel : 4 cas, ammoniacque : 1 cas, trichloréthylène : 3 cas, xylène et chlorure de méthylène) contenu dans un flacon sans étiquette dénomminative du produit.

#### 7) Intoxications par d'autres produits chimiques

Nous avons relevé une intoxication collective (12 cas) par vapeurs de chlore dans une grande usine angevine. Il n'y eut pas de troubles majeurs.

Une erreur professionnelle est à la base de cette intoxication dont les conséquences auraient pu être graves : non respect des consignes de sécurité pour l'évacuation de cuves contenant des produits à base de chlore.

### B - INTOXICATIONS MÉDICAMENTEUSES

#### \* Surdosage

Il était à l'origine de 8 intoxications volontaires mais sans but suicidaire : 6 avaient un but antalgique (névralgie dentaire, lombalgie...); 1 était due à un abus de laxatif, la dernière à une ingestion de tromexane par un débile mental.

#### \* Intolérances médicamenteuses

Il s'agit plutôt d'incidents d'ordre neurologique survenant au cours d'un traitement psychiatrique à base de neuroleptiques ou de tranquillisants. Nous avons ainsi observé un syndrome extra-pyramidal dans 5 observations après injection de Fluphénazine (Moditen), Benpéridol (Frénactil), Thléthylpérazine (Torecan). L'un de ces intoxiqués était adressé pour tétanos. Cette dystonie d'attitude cède très rapidement après injection d'un anti-parkinsonien (Diparcol).



\* Accidents allergiques

Nous avons relevé 5 observations adressées dans le service pour manifestations allergiques après prise de certains médicaments, en raison des symptômes graves ayant nécessité une réanimation d'urgence : choc anaphylactique pour quelques observations. Les produits en cause étaient des carbamates, des barbituriques, des céphalosporines, des salicylés et de l'amygdopirine. La sensibilisation au produit incriminé a été mise en évidence par des examens spécifiques (Test de Transformation Lymphoblastique) réalisés dans le centre d'allergologie (Pr. MENARD).

\* Intoxications iatrogéniques

Nous avons noté dans ce cadre iatrogénique :

- \* 2 intoxications graves après injection de 250 Unités d'Insuline.
  - \* 1 choc anaphylactique après sérothérapie préventive antiténanique d'origine animale chez un sujet correctement vacciné, et présentant dès la première injection par la méthode de Besredka une réaction focale. Le choc anaphylactique est survenu quelques heures plus tard après ingestion de viande à base de cheval.
  - \* Une dépression respiratoire grave après injection de 2 cg de morphine pour oedème pulmonaire chez une femme de 82 ans.
  - \* Un choc gravissime par prise sur prescription médicale d'Imipramine et d'IMAO.
  - \* Un décès chez un vieillard traité énergiquement pour un zona hyperalgique par des dépresseurs respiratoires (Diazepam : valium; Phénobarbital : gardéнал; Méprobamate : équanyl). Des troubles de la conscience sont apparus évoluant vers le coma complet, avec encombrement broncho-pulmonaire, dépression respiratoire fatale. Le décès eut lieu au cours du transfert au Centre anti-poison.
-



## CONCLUSION

\* Cette étude portant sur plus de 1000 cas d'intoxication aiguë de l'adulte, traités au Centre anti-poison du C.H.U. d'ANGERS, nous permet de souligner, en conclusion, quelques aspects d'une pathologie nouvelle qui exige, de la part de l'équipe de réanimation médicale chargée de ces malades, non seulement des connaissances approfondies des méthodes efficaces de réanimation, des notions de physiopathologie, de pharmacologie et toxicologie mais encore une ouverture sur les aspects psychologiques, sociaux et humains du problème des intoxications volontaires. Nous avons limité volontairement notre travail à l'étude épidémiologique de ces intoxications chez l'adulte.

\* Il nous faut insister, tout d'abord sur la fréquence croissante des intoxications reçues dans le Service depuis plusieurs années. C'est ainsi, que le Centre d'ANGERS, a enregistré une progression constante des entrées au titre de la toxicologie clinique : 120 cas en 1964 - 200 en 1965 - 240 en 1966 - 350 en 1967 - 400 en 1968 - 530 en 1969 - 680 en 1970. Ces derniers chiffres nous ont incité à faire reconnaître le Service des Maladies infectieuses et réanimation médicale par l'Association Française des Centres anti-poisons.

\* Au cours de notre enquête, nous avons été frappé par le jeune âge de nos intoxiqués : 67 % des malades avaient moins de 35 ans. Cette constatation revêt, à notre avis, une grande importance dans le domaine de la prophylaxie du suicide chez l'adolescent et l'adulte jeune et du dépistage des troubles mentaux à cette période difficile de la vie. Sans vouloir méconnaître les difficultés d'adaptation de la jeunesse au monde actuel, il nous faut souligner les responsabilités de certains cadres familiaux et de la société moderne dans la genèse d'un grand nombre de tentatives de suicides du jeune : notre expérience personnelle, dans le Service, pendant plusieurs mois, nous a mis au contact de problèmes non résolus en ce qui concerne l'emploi, l'avenir, l'éducation, les loisirs, le logement, l'information... Nous ne citerons qu'un exemple, celui de la publicité faite à certains modes de suicide spectaculaire dont l'influence néfaste est évidente auprès de la jeunesse à la recherche de son équilibre.

\* Nous concluerons ce travail sur une note moins pessimiste puisque nous avons pu vérifier, en colligeant les observations, les progrès réalisés dans le traitement des intoxications accidentelles et volontaires; malgré le nombre croissant d'intoxications graves, du fait de la toxicité de molécules nouvelles, de l'association fréquente de médicaments au cours d'un même geste suicidaire, de la diffusion de corps chimiques très efficaces mais nocifs pour l'homme, le pourcentage de mortalité relevé dans le Service s'établit à 2 % pour les intoxications volontaires. Ces chiffres sont en accord avec ceux des différents centres anti-poisons, et ne peuvent être obtenus, en dehors des Services équipés pour le traitement, la surveillance et l'information de ces malades. C'est le rôle et la justification du Centre de Toxicologie clinique d'ANGERS dans le cadre du Service de réanimation médicale (Pr. BONHOMME).



Comme les autres Centres affiliés à l'Association Française des centres anti-poisons, il poursuit un triple but :

- informer,
- traiter,
- chercher.

\* L'information est faite par lettre ou par téléphone. Une garde permanente assurée par les externes et anciens externes du service, permet, grâce à une ligne directe strictement réservée à cet usage, une information rapide du public ou du corps médical. Le fichier sans cesse mis à jour constitue, dans les cas difficiles, un instrument de travail apprécié.

\* Le traitement est assuré dans le Service de Réanimation médicale dont l'équipement en appareils de respiration assistée, de réanimation cardiaque, d'épuration extra-rénale, et de surveillance électronique, permet de faire face à toutes les urgences toxicologiques. Le transport, nous semble faire partie intégrante du traitement, c'est pourquoi, le Centre dispose d'un véhicule spécialement adapté, qui permet de prendre en charge le malade, sur les lieux mêmes de l'intoxication. Une équipe médicale est à bord, et peut ainsi débiter sur place la réanimation. Cette activité est couplée à celle du service d'information téléphonique et comporte une garde rigoureusement continue.

\* La recherche toxicologique s'effectue en plusieurs étapes :

- dans le service, un laboratoire sommairement équipé permet, grâce à des réactions colorimétriques simples, de préciser en quelques minutes, la nature de l'intoxication.
- mais, à côté de cette activité de dépistage un laboratoire de recherches (Pr. ALLAIN) est en cours d'aménagement. Il permettra une étude systématique des intoxications et surtout grâce à des dosages toxicologiques, de préciser leur gravité et l'efficacité des diverses méthodes d'épuration.
- Les manifestations allergiques de certaines drogues sont étudiées grâce à la coopération du Service d'Allergologie (Pr. MÉNARD).

\* Mais, par leur fréquence, et leur gravité, les intoxications constituent un véritable fléau social. La collecte des informations toxicologiques et des découvertes des diverses équipes, ne peut plus se contenter des moyens traditionnels. Déjà l'informatique a apporté sa contribution et l'ordinateur, symbole du progrès, trouve là une de ses meilleures utilisations en médecine.

\* Mais si elle fait appel aux dernières nouveautés pour le diagnostic, le traitement et même le stockage des connaissances, la toxicologie clinique permet un contact humain particulièrement enrichissant et ce n'est pas à nos yeux le moindre de ses intérêts.

---



# B I B L I O G R A P H I E

- BENOIT J.C.- *Suicides, tentatives et conduites suicidaires. Etudes statistiques, psychologiques et prophylactiques récentes.*  
(Presse Médicale - Mai 1966).
- BLOC M.T.- *Etude statistique à propos de 390 cas d'intoxications admis dans un établissement de 2ème catégorie.* (Thèse Paris 1967).
- BONHOMME R., ACHARD J., ALQUIER Ph.- *Conduite à tenir devant une intoxication médicamenteuse.*  
(E.P.U. - Medicorama Dausse n° 88 - 1970).
- BONHOMME R., ACHARD J., ALQUIER P.R., DAUTAIS S., FORESTIER F.- *A propos de deux intoxications salicylées massives.*  
(Archives Médicales de l'Ouest - 1970 - Tome 2 n° 1).
- CADY M.C.- *La tentative de suicide chez l'étudiant.*  
(Thèse Angers 1969).
- CADY J., CADY M.C.- *Tentatives de suicides chez l'adolescent scolaire et étudiant.* (Revue d'Hygiène et Médecine Scolaires et Universitaires - n° 3 - 1970).
- CATHALA B.- *Problèmes de réanimation dans les intoxications aiguës graves et mortelles.* (Thèse Toulouse 1969).
- CERBELLE J.- *Analyses des tentatives de suicide admises dans un centre de réanimation. A propos de 357 observations relevées en 1969 au Centre de Réanimation d'Angers.* (Thèse Angers 1970).
- COLIN M., VEDRINNE J.- *Perspectives de l'assistance clinique auprès du suicidant.* (Vie Médicale n° spécial - Mai 1967).
- DERVILLEE P., DERVILLEE Et., DOIGNON J.- *Contribution à l'étude du suicide en milieu urbain.* (Annales de Médecine Légale 1965).
- DURKEIM.- *Le suicide* (P.U.F.).
- DUTHU M.P.- *Activité du service de réanimation de l'hôpital Sainte-Anne à Toulon en pathologie toxique de 1962 à 1966.*  
(Thèse Marseille 1967).
- FABRE A.- *Aspects Médico-Sociaux de l'Intoxication Volontaire Aiguë.*  
(Thèse Toulouse 1968).
- GORCEIX A., LAPLANCHE Cl.- *Les médications de l'esprit.*  
(Editions Médicales Flammarion - 1967).
- HALBWACHS.- *Les causes du suicide* (P.U.F.).



MOINE C.- *Le suicide, données de statistiques.*  
(*Vie Médicale* n° spécial - Mai 1967).

MONNEROT-DUMAINE.- *Le service téléphonique pour la prévention du suicide.* (P.M. du 2-4-1966).

PEIGNE Fr.- *Le Médecin praticien devant les risques de suicide.*  
(G.M.F. 2-5-1967).

RAULOMANANTSOA-RATSIMINA M.H.- *Les intoxications à la Clinique Médicale A de Montpellier de 1958 à 1964.* (Thèse Montpellier 1965).

RAYMONDIS L.M., SCHEKTMAN Y., MORON P., GARAL L.- *Une enquête psychosociale sur les tentatives de suicides.*  
(*Annales Médicales* 1965).

RINGEL E.- *La prévention du suicide, un problème mondial.*  
(*Hygiène mentale* n° 3 - 1966).

SAULNIER J.- *La tentative de suicide, sa prévention et sa post-cure.*  
(*Revue du Praticien* - Novembre 1965).

SCRIBE P.- *Etude analytique des tentatives de suicide admises dans un service de médecine générale.* (Thèse Amiens 1968).

VANUSCEM R.- *Suicides et tentatives de suicides médicamenteux.*  
(Thèse Lille 1965).

VEDRINNE J.- *L'intoxication aiguë volontaire.* (Thèse Lyon 1964).

WYSAKI Cr.- *Le réveil des tentatives de suicide par ingestion de toxiques.* (Thèse Strasbourg 1968).

\*  
\*   \*

LES ALLERGIES MÉDICAMENTEUSES.-  
*Medicorama Dausse* 1968.

LES INTOXICATIONS AIGUES.-  
G.M.F. 1969 n° 18 (*Gazette Médicale de France*).

TRAVAUX ORIGINAUX A PROPOS DE BALINT M.-  
*Gazette Médicale de France* - 1970 - n° 3.

---









